

<https://doi.org/10.15388/vu.thesis.682>

<https://orcid.org/0009-0003-3068-4052>

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Monika Misevičė

Prieraišumo sąsajos su 8–11 m. vaikų
elgesio ir emocijų sutrikimais ir
ilgalaikių terapinių intervencijų poveikio
tyrimas

DAKTARO DISERTACIJA

Medicinos ir sveikatos mokslai,
Medicina (M 001)

VILNIUS 2024

Disertacija rengta 2018–2023 metais Vilniaus universitete.

Mokslinė vadovė – prof. dr. Sigita Lesinskiė (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001).

Gynimo taryba:

Pirmininkas – prof. dr. Dainius Pūras (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001).

Nariai:

prof. dr. Rasa Barkauskienė (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – S 006),

dr. Erin Becker Razuri (Teksaso krikščioniškasis universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – S 006),

prof. dr. Darius Leskauskas (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001),

prof. dr. Algirdas Utkus (Vilniaus universitetas, medicinos ir sveikatos mokslai, medicina – M 001).

Disertacija ginama viešame Gynimo tarybos posėdyje 2024m. spalio mėn. 29d. 17val. Vilniaus universiteto, Medicinos fakulteto Didžiojoje auditorijoje. Adresas: M.K.Čiurlionio g. 21, 203 auditorija, Vilnius, Lietuva, tel. +37052398754; el. paštas monika.misevice@mf.vu.lt

Disertaciją galima peržiūrėti Vilniaus universiteto bibliotekoje ir VU interneto svetainėje adresu:

<https://www.vu.lt/naujienos/ivykiu-kalendorius>

<https://doi.org/10.15388/vu.thesis.682>

<https://orcid.org/0009-0003-3068-4052>

VILNIUS UNIVERSITY

Monika Misevičė

Association between Attachment and Behavioral and Emotional Disturbances among Children Aged 8-11. Study of the Impact of Long-Term Psychosocial Interventions

DOCTORAL DISSERTATION

Medicine and Health Sciences,
Medicine (M 001)

VILNIUS 2024

The dissertation was prepared between 2018 and 2023 at Vilnius University.

Academic supervisor – Prof. Dr. Sigita Lesinskienė (Vilnius University, Health and Medicine Sciences, Medicine – M 001).

This doctoral dissertation will be defended in a public meeting of the Dissertation Defence Panel:

Chairperson – Prof. Dr. Dainius Pūras (Vilnius University, Health and Medicine Sciences, Medicine – M001).

Members:

Prof. Dr. Rasa Barkauskienė (Vilnius University, Social Sciences, Psychology – S 006),

Dr. Erin Becker Razuri (Texas Christian University, Social Sciences, Psychology – S006),

Prof. Dr. Darius Leskauskas (Lithuanian University of Health Sciences, Health and Medicine Sciences, Medicine – M 001),

Prof. Dr. Algirdas Utkus (Vilnius University, Health and Medicine Sciences, Medicine – M 001).

The dissertation shall be defended at a public meeting of the Dissertation Defence Panel at 17h on 29 of October 2024 in auditorium Magna, of the Faculty of Medicine.

Address: M.K. Čiurlionio st. 21, Room No. 203, Vilnius, Lithuania

Tel. +37052398754; e-mail: monika.misevice@mf.vu.lt

The text of this dissertation can be accessed at the libraries of Vilnius University, as well as on the website of Vilnius University:

www.vu.lt/lt/naujienos/ivykiu-kalendorius

TURINYS

1. ĮVADAS.....	9
1.1. Tiriamaoji problema, darbo aktualumas ir reikšmė.....	9
1.2. Darbo tikslas.....	12
1.3. Darbo uždaviniai	12
1.4. Darbo mokslinis naujumas	13
1.5. Ginamieji teiginiai	14
1.6. Praktinė darbo reikšmė.....	14
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	16
2.1. Prieraišumo santykių ypatumai vidurinėje vaikystėje.....	16
2.2. Prieraišumo ir psichopatologijos sąsajos.....	18
2.3. Prieraišumo sutrikimų diagnostika.....	24
2.4. Ilgalaikės terapinės intervencijos, esant nesaugiam ar dezorganizuotam prierašumui.....	28
3. TIRIAMIEJI IR TYRIMO METODIKA.....	35
3.1 Tyrimo hipotezės.....	36
3.2 Tyrimo dizainas.....	36
3.3 Tyrimo eiga	36
3.4 Vertinimo instrumentai (klausimynai ir interviu).....	37
3.5 Duomenų apdorojimas	39
3.6 Psichosocialinių intervencijų turinys.....	41
3.6.1. Centras A.....	41
3.6.2. Centras B	42
3.7. Autorės indėlis.....	43
3.8. Interesų konfliktas	44
4. REZULTATAI.....	45
4.1. Centras A.....	45
4.1.1. Pokytis po vieno metų	47
4.1.2. Atvejai, kai prierašumo klasifikacija pasikeitė per vienus metus	50
4.1.3. TBRI metodo elementų naudojimas	52
4.2. Centras B	52
4.2.1. Pokytis po vieno metų	56
4.2.2. Atvejai, kai prierašumo klasifikacija pasikeitė per vienus metus	58
4.2.3. TBRI metodo elementų naudojimas	60
5. REZULTATŲ APTARIMAS	61

5.1. Centras A.....	61
5.2. Centras B.....	65
5.3. Bendrų rezultatų aptarimas.....	67
5.4. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės	71
6. IŠVADOS	73
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	74
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	77
SANTRAUKA/SUMMARY	97
PADĖKA.....	140
PRIEDAI.....	141
PUBLIKACIJŲ IR DISERTACIJOS TEMA SKAITYTŲ PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS.....	142

SANTRUMPOS / ABBREVIATIONS

ASEBA	Achenbacho empiriškai pagrįstas vertinimas (angl. <i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i>)
CBCL6/18	6–18 metų vaiko elgesio aprašas (angl. <i>Child Behavior Checklist</i>)
CAI	Vaiko prieraišumo interviu (angl. <i>Child Attachment Interview</i>)
DC	Dienos centras
DTD	Raidos traumos sutrikimas (angl. <i>Developmental Trauma Disorder, DTD</i>)
IACAPAP	Tarptautinė vaikų ir paauglių psichiatrių ir susijusių profesijų asociacija (angl. <i>International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions</i>)
ICC	Tarpklausinės koreliacijos koeficientas (angl. <i>Intraclass correlation coefficient</i>)
IASF	Informuoto asmens sutikimo forma
M	Vidurkis (angl. <i>mean</i>)
NICE	Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kompetencijos institutas (angl. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>)
PA	Prieraišumo asmenys
RAD	Reaktyvusis prieraišumo sutrikimas (angl. <i>Reactive Attachment disorder</i>)
SID	Standartizuotas individualus pokytis (angl. <i>Standardised individual Difference</i>)
SD	Standartinis nuokrypis (angl. <i>Standard Deviation</i>)
PPT	Pedagoginė psichologinė tarnyba
PTSS	Potrauminio streso sutrikimas
TLK-10-AM	Tarptautinė ligų klasifikacija, 10-asis leidimas, Australijos modifikacija

TBRI	Pasitikėjimu grįsta santykių intervencija (angl. <i>Trust-Based Relational Intervention</i> [®])
TRF 6/18	Mokytojo klausimynas (angl. <i>Teacher report form</i>)

1. ĮVADAS

1.1. Tiriamoji problema, darbo aktualumas ir reikšmė

„Yra tik vienas tikras turtas – tai žmogaus ryšys su kitu žmogumi“

Antuanas de Sent Egziuperi

Daugiau nei 50 metų gyvuoja ir išlieka aktuali prieraišumo teorija, kurios esmė yra tai, kad ankstyvųjų vaiko ir juo besirūpinančio suaugusiojo santykių patirtis ir dėl šios patirties susiformavęs prieraišumo tipas, yra itin svarbus tolesnei vaiko raidai, savivokai, emocijų reguliacijai, prisitaikyti aplinkoje, santykiams su bendraamžiais, mokymuisi (1–8). Nesaugus ir ypač dezorganizuotas prieraišumo tipai sietini su didesniu elgesio sunkumų (9–11), internalizuotų (4), socialinių sunkumų (12, 13) dažniu. Tyrimų yra pagrįsta, kad ypač vaikams, kurie auga institucinės globos įstaigose ir dėl to, pasak Rebekos Johnson, „dažniausiai stokoja palaikančio, intensyvaus vienas su vienu santykio, kuris yra būtinas optimaliam vystymuisi“ (14), dažniau nustatomas dezorganizuotas prieraišumas nei vaikams, augantiems šeimose (15, 16). Taigi, kadangi yra suvokiama, jog saugus prieraišumas yra palankus raidos veiksnys, yra kuriamos ir tiriamos intervencijos, stiprinančios prieraišumo saugumą. Daugiausia yra aprašyta ankstyvųjų (vaikų iki 3–5 metų amžiaus) intervencijų, kurios didina pagrindinių vaikų besirūpinančių asmenų jautrumą vaiko poreikiams ir stiprina vaiko prieraišumo saugumą (17, 18). Vidurinės vaikystės amžiuje prieraišumo sistema keičiasi ir vaiko gyvenime gali atsirasti kitų svarbių suaugusiųjų nei vien tėvai ar globėjai (19–21) ir šie kiti suaugusieji gali tapti vaikui paramos ir pagalbos šaltiniu. Tačiau studijų, tiriančių kitų svarbių asmenų įtaką vaiko prieraišumo sistemai, stokojama (22), dėl to ir buvo sumanyta ištirti galimą psichosocialinių intervencijų įtaką vidurinės vaikystės amžiuje, kai pagrindinis terapinis veiksnys yra paslaugas teikiančio darbuotojo ir vaiko santykis.

Tyrimų nustatyta, kad vaikų amžiuje emocinių sutrikimų paplitimas pasaulyje yra nuo 2 iki 24 procentų (23), elgesio sutrikimų siekia nuo 2 iki ~8 procentų (23, 24). Lietuvoje yra nustatyta, kad apie 7 procentus vaikų turi elgesio sutrikimų, o apie 6 procentus – nerimo spektro sutrikimų (25), pagal vaikų pildytų klausimynų duomenis, vaikai nurodė turintys net 18,7 procento internalizuotų sunkumų ir 6,8 procento eksternalizuotų sunkumų (26). Kalbant apie pagalbą vaikams, turintiems elgesio ir emocijų sutrikimų, pagal tarptautines rekomendacijas pirmiausia yra rekomenduojamos įvairios psichosocialinės intervencijos (24, 27, 28). Ypač pabrėžiama longitudinalių

tyrimų sąsajoje su raidos psichologija svarba vaikų psichiatrijoje (29). Tirti psichosocialinių paslaugų poveikį vaiko prierašumo sistemai ir apskritai vaiko psichinei būsenai paskatino ir tai, kad Lietuvoje labai stokojama psichosocialinių intervencijų, o ypač tvarių – stabilių, nenutrūkstamų ir ilgalaikių paslaugų (30). Vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistemos teikiamos paslaugos iki šiol išlieka trumpalaikės – pavyzdžiui, dienos stacionaro paslauga teikiama ne ilgiau kaip 30 darbo dienų ir gali būti pratęsta tik vieną kartą per metus dar 30 darbo dienų (31). Nors psichikos sveikatos sistemoje psichosocialinių intervencijų svarba yra žinoma, tačiau vis dėlto biomediciniam modeliui kartais imant viršų, psichosocialinių intervencijų tyrimai, kuriuose akcentuojamas pagalbos per santykį pirmumas bei jie yra derinami su esminėmis žmogaus teisėmis, tebėra itin svarbūs (32, 33).

Taigi buvo numatyti du tiksliniai tyrimo centrai – vienas iš jų – nevyriausybinis dienos centras Vilniuje, jau 30 metų priimantis vaikus iš socialinės rizikos šeimų. Tokios šeimos dažnai turi rizikos veiksnių, galinčių turėti neigiamą poveikį vaikų raidai – tai priklausomybės šeimoje, nedarbas, tėvystės įgūdžių stoka, lemianti fizinės ir (ar) emocinės prievartos prieš vaikus naudojimą (34–36). Tokioms šeimoms viena iš prieinamiausių pagalbos formų yra rekomendacija, jog vaikai lankytų dienos centrą – Lietuvoje yra net 508 dienos centrai¹. Taigi dienos centrų darbuotojai susiduria su vaikais, kurie dėl nepalankios augti aplinkos ir dažnai – patirtų neigiamų vaikystės patirčių gali turėti elgesio ar emocinių sunkumų. Konkretus dienos centras buvo pasirinktas dėl to, kad šio centro darbuotojai kreipėsi į tyrėją, ieškodami specialisto, kuris padėtų darbuotojams atliepti centrą lankančių vaikų poreikius, nes darbuotojai pastebėjo vaikus turint elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų. Šio konkretaus dienos centro situacija gerai iliustruoja 2016 m. mokslininkų Aidos Kišūnaitės ir Dainiaus Pūro straipsnyje (apie tai, ko reikėtų, kad Lietuvoje būtų skiriama pakankamai dėmesio moderniai vaikų psichikos sveikatos sistemai) pateiktas išvalgas – dažnai dienos centrų darbuotojams trūksta kompetencijos teikti psichologinio pobūdžio terapines intervencijas (34). Tyrime dalyvavusių dienos centrų darbuotojai buvo apmokyti Pasitikėjimu grįstos santykių intervencijos (angl. *Trust- Based Relational Intervention*[®], toliau – TBRI[®]), kuri aprėpia prierašumo, neuromokslų, traumų psichologijos žinias ir yra praktinių įgūdžių suteikiantis metodas, skirtas pažeidžiamų vaikų poreikiams atliepti (37). Taigi šio darbo patirtis bei rezultatų aptarimas prisidėjo prie to, kad dienos centrų darbuotojai

¹ Pagal Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pateiktą informaciją. <https://socmin.lrv.lt/lt/naujienos/vaiku-dienos-centrams-85-mln-euru/>

turėtų daugiau kompetencijų, teikdami psichologines intervencijas vaikams, turintiems neigiamų vaikystės patirčių bei elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų.

Kitas tyrimo centras – tai 2019 m. Vilniaus miesto savivaldybės įkurtas Psichosocialinės rehabilitacijos centras, skirtas vaikams, turintiems elgesio ir emocijų sutrikimų, patyrusiems psichologines traumas, turintiems prieraišumo sunkumų. Pradžioje šis centras veikė kaip Vilniaus vaikų socialinės globos namų „Gilė“ padalinys ir priėmė vaikus, gyvenančius globos įstaigose, o šiuo metu centras yra tapęs atskira įstaiga². Taigi šioje tyrimo imtyje dalyvavo institucinės globos įstaigose augantys vaikai. Nors Lietuvoje vyksta deinstitucionalizacijos procesas, vis dar institucinėse globos įstaigose gyvena virš 1 000 vaikų ir paauglių³. Minėta, kad institucinės globos įstaigose augantiems vaikams dažniau yra nustatomas dezorganizuotas prieraišumo tipas, kuris sietinas su didesne įvairių sutrikimų išsivystymo rizika. Užsienio mokslininkų literatūroje yra mažai duomenų apie pagalbą institucinės globos įstaigose augantiems vaikams: aprašyti pavieniai individualios terapijos taikymo tyrimai (38, 39). Pavyko rasti vieno tyrimo duomenis apie ilgalaikės trukmės (9 mėnesių) intervenciją, kurią taikė globos namų darbuotojai jauno amžiaus vaikams (iki 4 metų) – gauti rezultatai, jog, apmokius darbuotojus atliepančio santykio kūrimo, pagerėjo vaikų raida ir prieraišumo saugumas (40, 41). Tarptautiniu mastu rekomenduojama, kad vaikas kuo trumpesnę laiką praleistų institucijoje (16), o esminė ir prasmingiausia intervencija institucinės globos įstaigose augantiems vaikams yra perkėlimas gyventi į šeimą – įvaikinimas, globėjų šeima ar grįžimas į biologinę šeimą. Todėl greičiausiai dėl to ir yra itin riboti duomenys apie psichosocialines intervencijas vaikams, liekantiems augti institucijose. Tačiau kadangi vis dar yra gana daug vaikų, kurie dėl įvairiausių priežasčių auga globos įstaigose, šis tyrimas yra labai aktualus, ypač Lietuvai.

Tyrimo esminė naujovė yra ta, jog psichosocialines intervencijas taikė dviejų dienų centrų darbuotojų komandos. Dažniausiai programos prieraišumo sistemos saugumui didinti būna skirtos pagrindiniams vaiku besirūpinantiems asmenims (tėvams, globėjams, itėviams), o šiuo atveju – intervencijas teikė dienų centrų darbuotojai. Tokio aspekto prasmė yra ta, jog dažnai pažeidžiamų šeimų tėvai būna pervargę dėl įvairių sunkumų (bedarbystės, priklausomybių, prastos finansinės situacijos), taigi pasižymi

² Informacija paimta iš Terapinio ugdymo centro VšĮ „Aplink“ internetinio puslapio: www.tuc.lt/lt/istorija/ (prieiga per internetą 2024 m. balandžio 26 d.)

³ Pagal SPIS (Socialinės paramos šeimai informacinė sistema) duomenis, gautus 2023 m. liepos 19 d., 1 310 vaikų gyveno institucinės globos įstaigose.

menka motyvacija dalyvauti tėvystės įgūdžių programose (42, 43). Socialinių dienų centrų, kuriuose vaikai gali lankytis ilgą laiką, darbuotojai turi galimybę užmegzti ilgalaikį santykį, taigi gali tapti realia prieinama pagalba socialiai pažeidžiamoms šeimoms.

Kadangi Psichosocialinės reabilitacijos centro tiriamieji buvo vaikai iš institucinės globos įstaigų, o pagal Lietuvoje turimą patirtį, net ir gana mažuose bendruomeniniuose globos namuose dirbantys darbuotojai įvardija turintys per didelį darbo krūvį, stokoja motyvacijos bei išteklių (44), o dėl vykdomos deinstitutionalizacijos patiria pokyčių ir įtampą (45–47), todėl tyrėjai atrodė prasmingiau tirti pagalbą, kuri tokiems vaikams teikiama už globos įstaigos ribų, galimybes – buvo tikimasi, kad tokia pagalba galėtų atliepti šių itin pažeidžiamų vaikų poreikius.

Apibendrinant reikia pažymėti, kad tyrimo tikslas buvo įvertinti psichosocialinių intervencijų poveikį pažeidžiamų vaikų psichikos sveikatai ir prierašumui, kai esminis intervencijos veiksnys – pasitikėjimu grįstas, vaiko poreikius atliepiantis darbuotojo ir vaiko santykis.

1.2. Darbo tikslas

Ištirti 8–11 metų amžiaus vaikų prierašumo sąsajas su jų elgesio, emocijų sutrikimais ir įvertinti ilgalaikių terapinių intervencijų (mažiausiai 6 mėn. trukmės) poveikį vaikų psichikos sveikatai (ypatingą dėmesį atkreipiant į prierašumo sistemą).

1.3. Darbo uždaviniai

- I. Išsamiai įvertinti vaikų, lankančių du pasirinktus dienos centrus, psichikos būklę, nustatyti jų prierašumo tipą.
- II. Palyginti kompleksinę pagalbą teikusio Psichosocialinės reabilitacijos centro (toliau – centro A) ir įprasto „Vilties angelo“ dienos centro (toliau – centro B), teikusio pagalbą pagal TBRI metodą, vaikų psichikos būsenos ypatumus.
- III. Įvertinti centro A pagalbos poveikį vaikų psichikos sveikatai ir jų prierašumui.
- IV. Įvertinti centre B teikto TBRI metodo poveikį vaikų psichikos sveikatai ir jų prierašumui.
- V. Palyginti centro A ir centro B pagalbos poveikį vaikų psichikos sveikatai ir prierašumui.

1.4. Darbo mokslinis naujumas

1. Esminis tyrimo naujumas yra tas, kad buvo siekta įvertinti psichosocialinių intervencijų poveikį vaikų prieraišumo sistemai, kai pagrindinis vaiką veikiantis veiksnys yra darbuotojo ir vaiko santykis. Dažniausiai terapinės intervencijos, kuriomis siekiama sustiprinti prieraišumo saugumą, būna skirtos pagrindiniams vaikų prižiūrintiems asmenims (tėvams, globėjams, įtėviams), o šiuo atveju – intervencijas taikė dienos centrų darbuotojai.
2. Centras A – tai 2019 m. naujas įsteigtas centras, teikiantis kompleksinę pagalbą traumas patyrusiems vaikams. Taigi tai, kad tyrimo metu tirtas pagalbos poveikis centro programoje dalyvavusiems vaikams, yra visiškai nauja Lietuvoje.
3. Centro A imtyje dalyvavo tiriamieji, kurie visi tyrimo metu gyveno institucinės globos įstaigose. Iki šiol yra duomenų tik apie jauno amžiaus vaikams (iki 4 metų), augantiems institucinės globos įstaigose, taikytas psichosocialines intervencijas (40, 41, 48), o neradome duomenų apie psichosocialinių intervencijų taikymą vidurinio mokyklinio amžiaus vaikams, augantiems institucinės globos įstaigose.
4. Mokslinėje literatūroje yra pakankamai tyrimų apie teigiamą TBRI metodo poveikį pažeidžiamų vaikų psichikos sveikatai (49–55), tačiau iki šiol nebuvo atlikta tyrimų, vertinant TBRI poveikį vaiko prieraišumui ir pasitelkiant ne klausimynus, o stebėjimu grįstą prieraišumo sistemos vertinimo instrumentą. Šio tyrimo metu pirmą kartą buvo vertintas TBRI metodo poveikis prieraišumo sistemai, pasitelkiant geras psichometrines charakteristikas turintį Vaiko prieraišumo interviu (angl. *Child Attachment Interview*, toliau – CAI).
5. Lietuvoje tik 2018 m. atsirado pirmosios TBRI metodo praktikės. Tyrimo metu metodas įdiegtas dviejuose Vilniaus dienos centruose. Taigi nauja ir tai, kad TBRI pradėtas diegti Lietuvoje bei tyrimo metu taikyta metodo priežiūra, taip pat ir tai, kad atliktas metodo poveikio tyrimas.
6. CAI interviu yra imlus laiko (vieno vaiko vertinimas trunka apie 5–8 val.), tai, kiek žinoma, iki šiol nėra publikuotų straipsnių, kuriuose aprašomas CAI vertinimas prieš ir po intervencijos. Tai yra pirmasis toks tyrimas.

1.5. Ginamieji teiginiai

1. Nesaugus ir dezorganizuotas prierašumo tipai būna susiję su elgesio ir emocijų sutrikimais vidurinėje vaikystėje.
2. TBRI intervencija yra tinkama naudoti su vaikais, turinčiais elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų, bei, atrodo, kad teigiamai veikia vaikų psichikos sveikatos rodiklius bei tikėtina, kad gali pagerinti jų prierašumo saugumą.
3. Psichosocialinės intervencijos, orientuotos į vaiko ir suaugusiojo terapinį santykį, gali pagerinti vaikų, turinčių elgesio ir emocijų sutrikimų, būklę bei turėti teigiamą įtaką prierašumui.

1.6. Praktinė darbo reikšmė

Nauda dienos centrų darbuotojų komandoms. Abiejų centrų darbuotojų komandos buvo apmokytos naudoti mokslo įrodymais grįstą, pažeidžiamų vaikų poreikiams skirtą TBRI intervencijos metodą. Per visą tyrimo laiką darbuotojai dalyvavo kasmėnesiniuose atvejo aptarimuose pagal TBRI – taip buvo vykdoma TBRI metodo priežiūra (kad būtų laikomasi metodo principų) bei šie susitikimai motyvuodavo darbuotojus toliau TBRI naudoti. Yra žinoma, kad net ir pasibaigus tyrimui, TBRI metodas toliau aktyviai naudojamas abiejuose centruose tiesioginiam darbui su vaikais. Abiejuose tyrimo centruose dalyvavusių vaikų būseną pagerėjo ir šie rezultatai buvo pristatyti dienos centrų darbuotojams – tai darbuotojams galėjo suteikti daugiau prasmės dėl jų darbo – jog tai, kaip jie bendrauja su vaikais, gali turėti teigiamą įtaką vaikų būsenai.

Mokslinė nauda. Tyrimas buvo naujas ne tik Lietuvoje, bet, kiek žinoma, iki šiol nėra duomenų ir pasaulyje apie psichosocialinių intervencijų įtaką vaiko prierašumui, sujungiant du aspektus – vidurinės vaikystės amžių bei kai psichosocialinių intervencijų pagrindinis terapinis veiksnys yra darbuotojo ir vaiko santykis. Nors tyrimo imtys buvo mažos ir negalime plačiai apibendrinti rezultatų, tačiau tai, kad abiejuose centruose buvo keli atvejai, kai per vienus metus dezorganizuotas prierašumas pasikeitė į organizuotą (nesaugų vengiantį), yra labai aktualu psichologijos ir vaikų psichiatrijos sritims. Šie rezultatai rodo, kad vaiko prierašumo sistema išlieka lanksti ir šiuo amžiaus tarpsniu, todėl teikti psichosocialines intervencijas yra prasminga.

Praktinė nauda. Darbo tema yra aktuali vaikų psichologams, vaikų ir paauglių psichiatrams, socialiniams darbuotojams, vaiko teisių apsaugos srityje dirbantiems specialistams. Viliuosi, kad šis darbas padės geriau suvokti

ir vertinti santykio su vaiku įvairiuose kontekstuose svarbą. Tikiuosi, kad pagalbą teikiantys specialistai, vertindami vaiko sunkumus, labiau atsižvelgs į jo ankstyvasias patirtis bei santykio su pagrindiniais vaiku besirūpinančiais asmenimis istoriją.

Turiu vilties, kad pozityvūs abiejų tyrimo grupių rezultatai paskatins taip reikalingų psichosocialinių intervencijų plėtrą Lietuvoje.

Kadangi Psichosocialinės reabilitacijos centro tiriamųjų grupę sudarė institucinėse globos įstaigose augantys vaikai, šios dalies tyrimo rezultatų praktinė išvalga yra ta, jog labai svarbu, siekiant išvengti pakartotinio vaikų traumavimo ir planuojant naują santykį su suaugusiuoju, įvertinti, ar toks santykis galės būti tęsiamas ilgalaikėje perspektyvoje. Tikėtina, kad darbas padės vaiko teisių apsaugos specialistams bei su globojamais vaikais dirbantiems specialistais atsižvelgti į fundamentalų vaikų poreikį turėti bent vieną stabilų ir atliepantį santykį bei tai įvertinti.

Apžvelgę esminius šio darbo aspektus (tyrimo problematiką, tikslą, uždavinius, darbo naujumą, praktinę naudą), pereiname prie literatūros apžvalgos.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Prieraišumo santykių ypatumai vidurinėje vaikystėje

Vidurine vaikyste laikomas amžiaus tarpsnis tarp 7–11 metų^{4,5}. Daugiausia prieraišumą vidurinėje vaikystėje yra nagrinėjusi ir aprašiusi Kathryn Kerns su bendraautoriais. Remiantis šių autorių mintimis (19–21, 56), reikia pažymėti, jog vidurinėje vaikystėje, sparčiai vystantis vaiko kognityviniams gebėjimams (atsiranda metakognicija), bręstant vaiko asmenybei (diferencijuojasi savojo „aš“ suvokimas, labiau integruojasi savivoka), savireguliacijos gebėjimams, keičiantis vaiko socialiniam gyvenimui (daugėja santykių su bendraamžiais bei kitais asmenimis), kinta ir prieraišumo sistema: silpnėja santykių su pagrindinėmis prieraišumo figūromis intensyvumas bei keičiasi šių santykių pobūdis (57, 58). Autoriai teigia, kad evoliuciniu požiūriu vidurinė vaikystė yra ruošimasis pereiti į paauglystės amžių – pastebimas tam tikras atsitraukimas nuo santykių su prieraišumo figūromis ir tuo būdu atsiranda laisvos erdvės tyrinėti tiek kitus santykius, tiek plačiai – pasaulį. Šio amžiaus vaikai geba geriau suprasti ne tik savo pačių, bet ir jais besirūpinančių asmenų nuostatas, elgesio motyvus; geriau reguliuoja savo emocijas ir geba geriau komunikuoti apie jas; geba toleruoti ilgesnį išsiskyrimą su prieraišumo figūromis. Manoma, kad būtent vidurinėje vaikystėje prasideda prieraišumo santykių integracija ir generalizacija, taip pat – diversifikacija. Teigiama, kad vyksta palaipsnė santykiui specifinių vidinių darbinių modelių integracija į prieraišumo reprezentacijas, kurios tampa ne tik santykių, bet ir asmens savybe. Šis teiginys dar turėtų būti patikrintas tyrimų, siekiant įvertinti empiriškai, kiek vaiko vidiniai darbiniai modeliai šiuo amžiaus tarpsniu jau yra generalizuoti ar išlieka santykiui specifiški (57).

Vidurinėje vaikystėje ryškėja lyčių skirtumai ir įdomu tai, kad keletu tyrimų buvo nustatyta prieraišumo skirtumų, susijusių su lytimi – mergaitėms būdingesnis saugus arba ambivalentiškas prieraišumo tipas, o berniukai – labiau vengiančio ar dezorganizuoto tipo (21, 57, 59, 60). Lyčių skirtumų priežastys tirtos nedaug, taigi reikia tolesnių tyrimų, siekiant išsiaiškinti, ar tai yra su lytimi susijęs prieraišumo santykių specifiskumas, ar rodo kultūrinius su lytimi susijusių vaidmenų skirtumus, ar yra susiję su raidos etapu, kai mergaitės tampa artimesnės su motinomis nei berniukai. Svarbu

⁴ Pagal Visuotinę lietuvių enciklopediją: <https://www.vle.lt/straipsnis/amziaus-tarpsnis/>

⁵ Žukauskienė Rita. *Raidos psichologija, vidurinioji vaikystė*. Vilnius, 2007, p. 221–255.

pažymėti, kad stokojama aprašomųjų tyrimų, kurie leistų įvardyti tam tikrą normos variantą, susijusį su prieraišumo elgesiu būtent vidurinėje vaikystėje.

Kerns skiria tokius pagrindinius vidurinėje vaikystėje būdingus prieraišumo bruožus (19–21):

1. Keičiasi prieraišumo sistemos tikslas – akcentuojamas prieraišumo asmens prieinamumas, o nebe fizinis artumas, kaip ankstyvojoje vaikystėje. Tikėtina, kad taip yra dėl keleto veiksnių: vystosi vaiko savireguliacijos gebėjimai, didėja tėvų lūkesčiai dėl vaiko autonomiškumo, keičiasi vaiko socialinių santykių sistema. Kerns su kolegomis atlikti longitudinaliniai tyrimai atskleidžia tai, kad vaikai mažiau naudojami tėvais kaip prieraišumo figūromis, tačiau auga vaiko suvokimas apie suaugusiojo prieinamumą ir tai prognozuoja geresnę emocijų ir elgesio kontrolę vėlyvojoje vidurinėje vaikystėje (57). Tėvai išlieka pagrindiniais prieraišumo asmenimis. Nors vidurinėje vaikystėje vaikai užmezga daug daugiau santykių ir kai kuriuose iš jų aiškiai matoma, jog vyksta dinamika, susijusi su prieraišumu, vis dėlto yra duomenų, kad streso atveju vaikai vis tiek teikia pirmumą tėvams, o bendraamžiams yra teikiama pirmenybė tik renkantis buvimą kartu, kuris nebūna susijęs su prieraišumo aktyviniu (13, 19, 57). Yra pastebima, kad šiuo amžiaus tarpsniu bendraamžiai prireikus gali vykdyti prieraišumo funkcijas (pvz., mokykloje, kai šalia nėra tėvų), tačiau dėl to jie netampa prieraišumo figūromis. Svarbu yra tai, kad šiame amžiuje didesnę reikšmę vaiko gyvenime įgyja kiti suaugusieji, ne vien pagrindiniai vaiku besirūpinantys asmenys (20, 21), tačiau kitų suaugusių asmenų svarba prierašumui šiame amžiuje kol kas yra tirta tik mokyklos kontekste ir nustatyta, kad tam tikrais atvejais vaikai mokytojus gali naudoti kaip prieraišumo asmenis (22). Dar nepakanka duomenų apie vidurinėje vaikystėje atsiradusių kitų afektinių ryšių įtaką prieraišumo sistemai ir kaip bei kada tie nauji afektiniai ryšiai tampa prieraišumo santykiais.
2. Stiprėja saugumo bazės koreguliacija tarp vaiko ir tėviškos figūros. Kaip yra įvardiję Waters ir bendraautoriai (61), būtent vidurinėje vaikystėje vyksta prieraišumo sistemos poslinkis link tikslo – orientuotos partnerystės (angl. *goal-corrected partnership*) bei prižiūrimos partnerystės (angl. *supervisory partnership*). Šių autorių teigimu, jau nebe vien tėvai inicijuoja santykį su vaiku, bet ir vaikas prisiima atsakomybę, siekdamas bendravimo su tėvais. Prieraišumo santykiai tampa bendradarbiaujančio aljanso pobūdžio – vaikas,

spręsdamas savo sunkumus, labiau remiasi tėvais kaip ištekliais ir tokiu būdu vis labiau mokosi pats tuos sunkumus įveikti.

3. Prieraišumo asmenys išlieka saugaus prieglobsčio (angl. *safe haven*) ir saugaus pamato (angl. *safe base*) figūromis, skatinančiomis vaiko tyrinėjimą. Šiame amžiuje siekiant užtikrinti saugumą tampa svarbu, kad vaiko ir mamos / tėvo santykiuose būtų išlaikyta vaiko globos ir tyrinėjimo poreikių pusiausvyra.

2.2. Prieraišumo ir psichopatologijos sąsajos

Pagal raidos psichopatologijos vystymosi modelį suvokiame, kad psichopatologijos išsivystymas yra lemiamas sudėtingos rizikos, pažeidžiamumo, potenciacijos ir apsauginių veiksnių individualiu ir aplinkos lygiu sąveikos (62). Toliau apžvelgsime, kas sutrikdo prierašumo formavimąsi ir kaip prierašumo santykiai yra susiję su psichopatologijos vystymusi.

Prieraišumo formavimasis sutrinka, kai vaikas patiria traumą iš juo besirūpinančių asmenų: psichologinį, fizinį, seksualinį smurtą, nepriežiūrą (5, 63). Tiriant atskirų rūšių smurtą buvo pastebima, kad dažniausiai vaikai patiria kelias smurto formas vienu metu. Taip pat nustatyta, kad ilgalaikiai ir kasdieniai trauminiai įvykiai (kaip antai nuolatinė nepriežiūra, nuolatinis emocinis smurtas, buvimas tėvų konfliktų liudininkais) trikdo vaikų raidą ir adaptaciją (64). 1998 metais australų tyrėjai Higgins ir McCabe įvedė daugybinio smurto (angl. *multi-type maltreatment*) terminą ir atrado, kad patirto smurto laipsnis, t. y. smurto žiaurumas ir jo dažnumas, yra daug reikšmingesni neigiamiems padariniams išsivystyti nei atskiros smurto formos (63). 2005 metais Finkelhor su kolegomis įvedė poliviktimizacijos terminą bei nurodė, kad poliviktimizacijai dažnai būdinga tarpasmeninė viktimizacija, kurią lydi išdavystės, piktavališkumo, amoralumo, neteisybės jausmai, taigi kitaip, nei natūralių (gamtos ar avarijų) nelaimių atveju (63, 65). Įvairūs tyrėjai nustatė patirto smurto vaikystėje, o dažniausiai tai reiškia – ir santykių tarp vaiko ir juo besirūpinančių asmenų – patirties, taigi ir prierašumo patirties – ir įvairių psichikos sutrikimų sąsajas (2, 5, 63, 66–69). Svarbu paminėti, kad prierašumo formavimasis ypač sutrikdomas, kai vaikas auga institucinės globos įstaigoje ir kai, pasak Dainiaus Pūro, „vaikas vietoje intymaus santykio su tėvais ar globėjais jaučia akivaizdžią individualizuoto emocinio prierašumo stoką“ (8). Plačiai aprašyta institucinės globos žala ir fizinei, ir psichologinei vaiko raidai (14, 67, 70–73), o vertindami prierašumo tipą tokių vaikų populiacijoje, mokslininkai nustato daug dažniau dezorganizuoto prierašumo – apie 60 procentų, palyginti su 15–24 procentais tarp šeimoje

augančių vaikų (15, 16, 74). Dezorganizuoto prieraišumo daugiau nustatoma ne tik institucinės globos namuose augančių vaikų, bet ir tų, kurie turi tam tikrą rizikos veiksnių (vyksta konfliktai šeimoje; auga globėjų šeimose; mama turi psichikos sutrikimą) (60). Rutteris su kolegomis tyrė vaikus, kurie ankstyvame amžiuje buvo gyvenę institucinės globos namuose, ir nustatė, kad reikšmingai jų daliai buvo būdingi neslopino prieraišumo sutrikimo simptomai, kurių išliko net iki 11 metų ir buvo susiję su disfunkcija įvairiose srityse (75). Svarbu akcentuoti, kad Rutteris savo tyrime nustatė, jog šiems vaikams neslopino prieraišumo simptomai buvo tik iš dalies susiję su nesaugiu prieraišumu. Galime daryti prielaidą, kad šiems vaikams galėjo būti nustatytas ir saugus prieraišumas, tačiau jie vis tiek turėjo neslopino prieraišumo sutrikimo simptomų, pavyzdžiui, sunkumų gerbti socialines ribas ir pan. Mokslininkai svarsto, kad neslopino prieraišumo sutrikimo simptomai rodo, jog vaikams, turintiems institucinės globos patirtį, kyla sunkumų užmezgant selektyvų prieraišumo santykį. Yra pastebima, kad tai būdinga tik tiems vaikams, kurie gyvena institucinės globos namuose ilgiau nei iki 6 mėnesių amžiaus, todėl, manoma, kad tai gali būti susiję su jautriuoju periodu, kai formuojasi prieraišumo santykiai (76).

Pripažįstant ypatingą prieraišumo svarbą, vis dėlto yra nepanašu, kad prieraišumas kaip atskiras veiksnys lemia sutrikimo etiologiją. Nustatyta, kad dažniausiai prieraišumo santykiai daro įtaką psichopatologijai, sąveikaudami su kitais rizikos veiksniais (1, 2, 77, 78). Nesaugus prieraišumas psichopatologijoje dalyvauja kaip rizikos mechanizmas, o ne atskiras kintamasis, lemiantis sutrikimą. Svarbu pabrėžti, kad nesaugaus prieraišumo tipai nėra psichopatologijos ekvivalentai, tačiau didina tam tikrų sutrikimų išsivystymo riziką. Toliau apžvelgsime teorines psichopatologijos ir prieraišumo kaip rizikos veiksnio sąsajų įžvalgas.

Viena iš prieraišumo vaidmenį vaiko raidai paaiškinančių teorijų yra objektų ir ryšių teorija. Pagal ją, pagrindinis žmogaus elgesio motyvacinis veiksnys yra ryšys. Vaiko savojo „aš“ pojūtis formuojasi palaikant santykį su juo besirūpinančiu asmeniu ir dėl šios patirties vaiko psichikoje formuojasi vidinės santykių reprezentacijos. Vaikai, kurie patiria šiltą ir jautrų rūpestį, internalizuoja „gerą objektą“ – mylinčio tėvo vaizdinį, o save pačius patiria kaip vertus meilės. O vaikai, kurie patiria menką, skurdų rūpinimąsi jais, internalizuoja savo tėvo vaizdinį kaip pikto ar atstumiančio, taigi – „blogą objektą“, o save patiria kaip nevertus ir negebančius įkvėpti meilės (62, 79).

Yra nustatytos tokios nesaugaus prieraišumo ir rizikos mechanizmų sąsajos (62):

1. Nesaugumo pojūtis. Prieraišumo santykių šerdis yra saugumo pojūtis. Pagal Eriksoną, esminis saugumo / pasitikėjimo jausmas yra sveiko ir socialinio, ir psichologinio vystymosi pagrindas, taigi dėl nesaugaus prieraišumo patirties susiformavus nesaugumo pajautai, jis tampa rizikos veiksniumi.
2. Meistriškumo motyvacijos užslopinimas (angl. *inhibited mastery motivation*). Meistriškumo motyvacija yra apibrėžiama kaip noras įsitraukti ir tyrinėti pasaulį. Saugiai prisirišę vaikai suaugusį naudoja kaip saugų prieglobstį (angl. *safe haven*), į kurį gali vis grįžti tam, kad trumpai atsigavę, vėl leistųsi į tyrinėjimo kelionę. Nesaugiai prisirišę vaikai dažniausiai būna abejojantys, nepatiklūs ar vengiantys aplinkos ir tuo būdu užsidaro nuo įvairiausių galimybių tyrinėti, nukrypsta nuo sveiko kognityvinio ir emocinio augimo kelio. Yra aprašyta tyrimų, nusakančių, jog saugiai prisirišę vaikai geriau funkcionuoja mokykloje, jiems būdingi geresni akademiniai pasiekimai – aprašyta prieraišumo, akademinų pasiekimų, streso, susijusio su mokymusi, bei intelekto koeficiento sąsajos (80–83).
3. Emocijų reguliacijos sutrikimas. Dėl intersubjektyvių procesų prieraišumo santykyje vaikas mokosi reguliuoti baimės reakcijų sukeltą stresą, taigi ir savo emocijas. Saugumo patyrimas yra prieraišumo sistemos tikslas ir ši patirtis tampa svarbiausiu ir pagrindiniu emocinės patirties reguliatoriumi. Palaipsniui vaiko psichikoje vystosi diadinė reguliacinė sistema, kai vaiko emociniai signalai keičiasi – t. y. reguliuojasi – priklausomai nuo to, kaip juos suvokia ir kaip į juos atsako vaiku besirūpinantis asmuo. Nesaugaus vengiančio prieraišumo atveju vaikas stokoja emocijų reguliacijos įgūdžių dėl to, kad toks suaugęs buvo linkęs neigti vaiko emocinius poreikius ir vaikas išmoko užslopinti emocijas ar reguliuoti jas nepakankamai adaptyviais būdais. Nesaugaus nerimastingo prieraišumo atveju suaugęs gali „užlieti“ vaiką savo emocijomis arba vaikas turi „persidirginti“, reikšti ypač stiprias emocijas, siekdamas patraukti suaugusiojo dėmesį, tai irgi sutrikdo adaptyvių emocijų reguliacijos būdų mokymąsi. Vaikai, turintys dezorganizuotą prieraišumą, stokoja darnaus savasties pajautimo ir tai pasireiškia saviorganizacijos stoka. Tokių vaikų savivaizdis tampa priklausomas nuo jų nuotaikų svyravimų, jiems būna sunku suvokti savo ir kitų ribas. Jiems yra būdinga naudoti primityvius gynybos mechanizmus, kurie vėlgi iškreipia jų savęs ir kitų suvokimą (62). Yra duomenų, jog saugiai prisirišę vaikai labiau naudoja adaptyvias emocijų reguliacijos

strategijas bei dažniau patiria pozityvią ir mažiau negatyvią nuotaiką (7, 78, 84).

4. Vidinių darbinių modelių susiformavimas (85). Dėl prieraišumo santykių susiformuoja tam tikras santykių modelis, lūkesčiai jų atžvilgiu bei tam tikras požiūris į save. Nesaugaus prieraišumo santykių atveju vaikai nepasitiki kitais, jų geranoriškumu; turi neigiamą požiūrį į save. Tai lemia jų elgesį santykiuose – vaikas gali būti kaprizingas, reiklus, irzlus ir dėl tokio elgesio sulaukia neigiamų aplinkinių reakcijų bei negatyvių santykių. Yra aprašyti saugaus prieraišumo ir savivertės, saviveiksmingumo, pozityvaus savivaizdžio ir socialinės informacijos perdirdbimo pozityviu būdu ryšiai (1, 78).

Teorinis prieraišumo ir psichopatologijos sąsajų modelis atsispindi vaikų, turinčių daugybinių traumų praeityje ir jiems būdingų sutrikimų tyrimų duomenis: pastebėta, kad tokiems vaikams sutrikimų išsivysto keliose funkcionavimo srityse (37, 63, 86, 87). Tokiems vaikams būdingos sutrikimų sritys (63, 86, 87):

1. Emocijų ir elgesio reguliacijos sutrikimas. Tokiems vaikams gali būti būdingos labilios, blankios, situacijos neatitinkančios emocijos, pykčio protrūkiai. Emocijų sutrikimas gali pasireikšti agresyviu, prieštaraujančiu elgesiu, savižalos epizodais, atsiribojimu. Tokie vaikai dažnai turi sunkumų atpažinti ir išreikšti emocijas. Dar jie gali būti labai jautrūs, pastebėdami kitų agresiją arba kitų pozityvias emocijas, jas gali suvokti kaip ambivalentiškas, prieštaringas. Tokie emocijų ir elgesio reguliacijos sutrikimo simptomai gali lemti elgesio sutrikimų, valgymo sutrikimų ir įvairių nerimo sutrikimų diagnozių nustatymą šiems vaikams.
2. Dėmesio ir suvokimo sutrikimai. Gali pasireikšti disociacijos, depersonalizacijos, atminties sutrikimais, dėmesio koncentravimo sunkumais bei vykdomosios funkcijos (gebėjimo planuoti ir spręsti problemas) sutrikimais. Taigi tokiems vaikams gali būti nustatoma aktyvumo ir dėmesio sutrikimo diagnozė, tačiau reikia diferencijuoti, ar nedėmesingumas gali būti susijęs su disociacija ir kitais potrauminio streso sutrikimo simptomais.
3. Atribucijos (angl. *attribution*) sutrikimai. Tokie vaikai turi savivertės sunkumų, kurie dažnai pasireiškia perdėta kalte, neigiamu savęs vaizdu, bevertiškumo mintimis. Tai yra būdinga ir esant depresijos sindromui, taigi yra būtina šį sutrikimą diferencijuoti nuo galimo depresijos sindromo.

4. Tarpasmeninių santykių sutrikimai. Jiems būdinga sutrikęs prieraišumo stilius, pasitikėjimo kitais sunkumais, sumažėję socialiniai įgūdžiai, negebama suprasti socialinių sąveikų ir tarpasmeninių ribų išlaikymo sunkumai.

Toliau apžvelgsime tyrimus, kuriuose aprašytos tam tikrų nesaugaus prieraišumo tipų ir psichopatologijos sąsajos.

Dezorganizuotas prieraišumas – kai vaiko psichikoje nesusiformuoja organizuota strategija reaguoti į išsiskyrimą su pagrindiniu juo besirūpinančiu asmeniu ir kai prieraišumo klasifikacijos vertinimo metu gali būti pastebimas keistas, neadekvatus elgesys. Pavyzdžiui, CAI interviu dezorganizacijos požymiai būtų kontroliuojantis (pvz., vaikas ima kontroliuoti interviu eigą), atipiškas elgesys, disociacijos simptomai (vaikas interviu metu „lyg atsijungia“, į kažkur užsižiūri), gali būti keisto elgesio (pvz., ima grimasuoti ir tai neatitinka pokalbio temos), o interviu turinys būna nerišlus, gali būti prieštaraujančių teiginių ar pasakojimų (88, 89). Dezorganizuotas prieraišumas dažniausiai siejamas su įvairių sutrikimų išsivystymu ateityje. Tačiau yra tyrimų, kuriuose dezorganizuotas prieraišumas priskiriamas bendrai nesaugaus prieraišumo kategorijai, taigi toliau apžvelgsime tyrimų duomenis.

Pagal Fearono su bendraautoriais atliktos metaanalizės duomenis, yra nustatyta aiški nesaugaus prieraišumo ir elgesio sunkumų išsivystymo vaikystėje sąsaja (10). O vaikai, kuriems nustatytas dezorganizuotas prieraišumas, turi didesnę elgesio sunkumų išsivystymo riziką. Kiek mažiau, tačiau vis tiek rizikos grupėje lieka nesaugaus vengiančio ir nesaugaus nerimastingo prieraišumo tipo vaikai. Taip pat buvo nustatyta sąsaja su lytimi: prieraišumo ir elgesio sunkumai buvo stipriau susiję berniukų nei mergaičių imtyse. Nesaugaus prieraišumo ir eksternalizuoto elgesio sutrikimo sąsajos buvo nustatytos ir Gervinskaitės su kolegomis atliktame tyrime (11).

Grohas su bendraautoriais atliko prieraišumo ir internalizuotų sunkumų sąsajas nagrinėjančių tyrimų metaanalizę, jie nustatė, jog vengiantis prieraišumo tipas, o ne nerimastingas ir dezorganizuotas tipai buvo reikšmingai susiję su internalizuotais simptomais (4). Dėl prieraišumo ir internalizuotų sunkumų tyrimų duomenys yra gana skirtingi – yra studijų, atskleidžiančių ir nerimastingo prieraišumo tipo, taip pat ir dezorganizuoto tipo sąsajas su internalizuotais sunkumais, tačiau kyla sunkumų apibendrinant tokius duomenis dėl skirtingų prieraišumo vertinimo metodų. Taip pat manoma, kad duomenų skirtingumas gali būti nulemtas ir to, jog internalizuoti sunkumai apskritai mažiau pastebimi vaikui artimų asmenų ir tada mažiau

atpažįstami, jei internalizuotiems sunkumams vertinti yra naudojamos ne savistatos metodikos (90).

Borelli tyrė dezorganizuoto prieraišumo ir psichopatologijos sąsajas vidurinės vaikystės amžiuje ir nustatė, kad dezorganizuotas prieraišumas buvo dažniau susijęs su depresijos, socialinio nerimo simptomais, dėmesio sukaupimo ir mąstymo sunkumais. Taip pat ši prieraišumo tipą turintys vaikai dažniau atitiko klinikinių sutrikimų kriterijus (91). Dubois-Comtois su bendraautoriais atlikto longitudinalinio (4,5 metų) tyrimo, kuriuo siekta nustatyti motinos patirto distreso, motinos ir vaiko interakcijos ir vaikų prieraišumo tipų (vertintas 6 m. amžiaus) įtaką vaikų elgesio problemoms vidurinėje vaikystėje, rezultatai atskleidė, jog dėl didesnio motinų distreso ir dezorganizuoto prieraišumo galima numatyti, jog vaikas pateks į klinikinio lygio ir internalizuotų, ir eksternalizuotų sunkumų turinčių vaikų grupes (77). Žemesnės kokybės mamos ir vaiko interakcija, vyriškoji lytis ir vaiko ambivalentiškas (atitinka nerimastinę prieraišumą) prieraišumas leido numatyti klinikinio lygio eksternalizuotus sunkumus. Tai galima paaiškinti tuo, jog ši prieraišumo tipą turintys vaikai būna linkę naudoti prievartos strategijas (angl. *coercive*), siekdami tėvų dėmesio, o vėlesniame amžiuje tai lemia afektų reguliacijos sunkumus, kurie gali pasireikšti kaip elgesio sutrikimo simptomai. Pagal šio tyrimo rezultatus, vengiančio prieraišumo tipą turintys vaikai beveik nesiskyrė nuo saugiai prisirišusių vaikų dėl eksternalizuotų elgesio sunkumų.

Seibert ir Kerns tyrė skirtingų prieraišumo tipų, nustatytų 36 mėn. amžiuje, ir santykių su bendraamžiais sąsajas longitudinalinio tyrimo metu (13). Saugiai prisirišę vaikai, tiek motinų, tiek mokytojų vertinimu, buvo mažiau atstumiami bendraamžių, nei vengiantys ir dezorganizuoti (pastaruoju atveju tai būdinga tik berniukams). Ambivalentiškai prisirišusių vaikų nebuvo nustatyta jokių tik jiems būdingo elgesio sąsajų. Dezorganizuoti vaikai pasirodė beturį daugiausia sunkumų: jiems būdingas retai pasireiškiantis prosocialus elgesys, dažnas tapimo auka elgesys bei aukštas agresijos santykiuose (angl. *relational aggression*) lygis. Taigi dezorganizuotą prieraišumo tipą turintys vaikai patiria daugiausia sunkumų bendraudami su bendraamžiais ir dėl to turi didelę probleminių santykių su bendraamžiais išsivystymo riziką. Panašių rezultatų gauta dar vienoje longitudinalinėje studijoje (vaikų-tėvų diados tyrime dalyvavo nuo 15 mėn. iki 12 m. amžiaus) – saugų prieraišumą turintys vaikai turėjo mažiau elgesio sunkumų bei pasižymėjo aukštesnėmis bendravimo kompetencijomis, o dezorganizuotiems vaikams nustatyta daugiau elgesio problemų (56).

Kochanska ir Kim tyrė prieraišumo tiek su mama, tiek su tėvu sąsajas su 6–8 metų vaikų elgesio sunkumais ir nustatė, jog vaikai, kuriems buvo

nustatytas nesaugus (autoriai į nesaugaus prieraišumo klasifikaciją įtraukė ir dezorganizuotą tipą) prieraišumas su abiem tėvais, patys įvardijo daugiausia problemų, taip pat mokytojai nurodė daugiausia jų eksternalizuotų problemų, nei tie, kurie buvo saugūs bent su vienu iš tėvų (92). Saugus prieraišumas bent su vienu iš tėvų kompensavo elgesio problemų riziką.

Nors dezorganizuotas prieraišumo tipas yra labiausiai siejamas su įvairia psichopatologija, vis dėlto pagal 2017 m. didelės mokslininkų grupės išsakytą poziciją, yra labai svarbu dezorganizuoto prieraišumo tipo nesutapatinti su galimu prieraišumo sutrikimu, kaip jis suprantamas pagal psichikos sutrikimų ligų klasifikaciją (93). Taigi kitame poskyryje apžvelgsime prieraišumo sutrikimų sąvokas ir jų diagnostikos ypatumus.

2.3. Prieraišumo sutrikimų diagnostika

Kalbant apie prieraišumo sutrikimus, pirmiausia reikia aptarti prieraišumo vertinimo instrumentus mūsų nagrinėjamos vidurinėsios vaikystės amžiuje. Svarbu paminėti, kad pirmiausia buvo kuriami kūdikių ir suaugusių žmonių prieraišumo vertinimo instrumentai, o vidurinėsios vaikystės amžiaus – vėliausiai (94). Taigi iki šiol nėra patvirtinto „auksinio standarto“ prieraišumo vertinimo instrumento šiame amžiaus tarpsnyje (95). Yra diskutuojama, jog skirtingi instrumentai galimai labiau ar mažiau patikimai vertina prieraišumą arba kategorijomis (saugus, nesaugus vengiantis, nesaugus nerimastingas / ambivalentiškas ir dezorganizuotas) arba dimensijų lygmeniu – t. y. kiek vengimo ar nerimo strategijų asmeniui yra būdinga. Yra suvokiama, kad vidurinėsios vaikystės amžiuje yra svarbu įvertinti, kiek vaikas jaučiasi saugus ir kiek pasitiki, o tampa mažiau aktualu vertinti elgesį, norint „pamatuoti“ saugumo pojūtį. Vidurinėsios vaikystės prieraišumo vertinimo metodus galima suskirstyti į tokias kategorijas (96, 97):

1. Savęs vertinimo klausimynai (angl. *self-report*). Vienas tokių pavyzdžių yra Saugumo skalė (angl. *The Security scale, SS*). Nors tokių skalių kūrėjai jas rekomenduoja naudoti ir įvertina kaip pakankamai tinkamą metodą prieraišumui vertinti, kuris taupo laiko išteklius, tačiau vis dėlto manoma, kad geriau savęs vertinimo klausimynus naudoti kartu su kitomis prieraišumo vertinimo metodikomis, nes klausimynai turi ribotumą. Manoma, kad jais yra sunkiau pamatuoti prieraišumo vidinius darbinus modelius bei klausimynui gali itin turėti įtakos vaiko noras atitikti socialinius lūkesčius (97, 98). Taip pat svarbu, kad vaiko kognityviniai gebėjimai būtų pakankami tokiam savęs vertinimui.

2. Interviu metodai. Yra keletas interviu metodų, kurie kilę iš Suaugusiųjų prierašumo vertinimo klausimynų (angl. *Adult Attachment Interview*, toliau – AAI). Tai interviu, kai vaiko yra tiesiogiai prašoma papasakoti apie santykius su jo prierašumo asmenimis. Šių interviu pavyzdžiai yra CAI (89), Vaikų ir paauglių prierašumo vertinimo interviu (angl. *The Attachment interview for childhood and adolescents*, toliau – AICA) (94) ir kiti.
3. Projekcinės metodikos. Jas naudojant vaiko yra prašoma užbaigti serijas, kurios įtraukia vaiko emocijas ir yra apie santykius, situacijų žaidimo metu. Tačiau šių metodikų patikimumo tyrimai yra gana riboti (97, 99).
4. Saugumo pamato scenarijų (angl. *secure base script*) vertinimas. Jų principas yra toks –vaikui yra pateikiamas žodis (angl. *prompt word*) su scenarijumi ir kiekviename jų yra streso momentas, kuris įprastai skatintų vaiką kreiptis į savo saugumo pamatą (pvz., gąsdinantis šuo kieme; susižalojimas paplūdimyje; praloštas žaidimas). Vaikai yra raginami prisiimti pasakotojo vaidmenį ir kalbėti pirmuoju asmeniu – tarsi istorija būtų apie juos ir jų tėvus. Atsakymai yra koduojami. Manoma, kad šiuo metodu galima įvertinti prierašumo vidinius darbinis modelius (100, 101).

Pagal NICE 2015 m. Vaikų prierašumo vadovo gaires, vidurinės vaikystės amžiaus vaikams rekomenduojama naudoti tik tokius du instrumentus (102):

1. Vaiko prierašumo interviu (CAI) (89). CAI, kaip itin tinkamo naudoti vidurinės vaikystės amžiuje, psichometrinės charakteristikos yra įrodytos keleto studijų (88, 91, 95, 97, 103). Kadangi būtent CAI ir buvo naudojamas šiame tyrime, jis detaliau aprašomas trečiame skyriuje (Tiriamieji ir tyrimo metodika).
2. Mokyklinio amžiaus vaikų prierašumo vertinimo metodas (angl. *Shool-age Assessment of Attachment*, toliau SAA) (99). Jį sudaro kortelės, jose pavaizduotos situacijos, kurios gali atsitikti mokyklinio amžiaus vaikui bei yra susijusios su prierašumo sistemos aktyvinimu: kažkur eiti vienam, būti atstumtam geriausio draugo, persikraustyti, patirti patyčias; patirti tėvų išvykimą, kt. Yra prašoma, kad vaikas papasakotų, kas vyksta kiekvienos situacijos metu, kaip jis jaučiasi bei kaip galėjo jaustis ir ką galėjo manyti prierašumo asmenys. Prašoma nurodyti priežastis, kodėl vaikas darė, tai ką darė, ir svarstymus, ką vaikas galėtų daryti ateityje. Interviu yra įrašomas ir transkribuojamas. Galiausiai interviu yra koduojamas – kodavimas

perimtas iš Suaugusiųjų prierašumo interviu (AAI) ir pritaikytas mokyklinio amžiaus vaikams.

Aptarėme prierašumo vertinimo metodus, kuriais paprastai yra nustatoma vaiko prierašumo klasifikacija (saugus, nesaugus vengiantis, nesaugus nerimastingas ar dezorganizuotas), tačiau yra labai svarbu, jog nė viena prierašumo kategorija (nesaugus vengiantis, nesaugus nerimastingas ar deorganizuotas) savaime nerodo sutrikimo (93, 104, 105). Yra svarbu atskirti, kad prierašumo reprezentacijos (kategorijos) ir prierašumo sutrikimas yra skirtingi fenomenai ir tai patvirtinta tyrimų (106). Tačiau, kalbant apie prierašumą, gali būti vartojamas ir platesnis terminas – „pierašumo sunkumai“ (angl. *attachment difficulties*), kuris, pagal NICE gaires, skirtas vaikų, augančių globos sistemoje, prierašumui – apima ir prierašumo kategorijas (nesaugų ir dezorganizuotą), ir nustatytas prierašumo sutrikimų diagnozes. (107).

Taigi psichikos sutrikimų klasifikacijose yra aprašyti du galimi prierašumo sutrikimai: pagal TLK-10 AM klasifikaciją – Reaktyvusis prierašumo sutrikimas vaikystėje (F94.1) bei Neslopinama prierašumo sutrikimas (F94.2) (108). Atitinkamai DSM-V klasifikacijos Traumų ir streso nulemtų sutrikimų skyriuje yra Reaktyvusis prierašumo sutrikimas (angl. *Reactive Attachment disorder*, toliau –RAD) bei Neslopinamas socialinio įsitraukimo sutrikimas (angl. *Disinhibited social engagement disorder*, toliau – DSED) (109). Atnaujintoje, tačiau kol kas dar neišverstoje į lietuvių kalbą TLK-11 klasifikacijoje liko ta pati RAD diagnozė, o Neslopinama prierašumo sutrikimo diagnozė iš esmės taip pat liko ta pati, tačiau ji pavadinta taip, kaip DSM-V klasifikacijoje – Neslopinamas socialinio įsitraukimo sutrikimas (angl. *Disinhibited social engagement disorder*)⁶.

Abiem prierašumo sutrikimams būdinga tai, kad jie pagal diagnostinius kriterijus turėtų pasireikšti vaikui iki 5 metų bei vaikas turi būti patyręs socialinę nepriežiūrą. Dažniausiai tai būna ilgalaikės institucinės globos patirties padarinys – kai dėl emocinės deprivacijos ir dažnos vaiku besirūpinančių asmenų kaitos arba gyvenimo didelėje įstaigoje, kai itin žemas darbuotojų ir vaikų skaičiaus santykis, vaikui nėra galimybės užmegzti selektyvaus prierašumo ryšio (109). Šie du sutrikimai rodo prierašumo sutrikimų kontinuumą, nulemtą neadekvačios priežiūros ankstyvame amžiuje – reaktyvaus prierašumo sutrikimo atveju, vaikas bus linkęs atsiriboti, vengti kontakto su suaugusiuoju bei nesikreips į suaugusių asmenų streso metu. O neslopinama prierašumo atveju – atvirkščiai – vaikas neselektyviai siekia ir

⁶ Pagal TLK-11 - <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#467941148>.

nepažįstamų suaugusiųjų dėmesio. Abu sutrikimus gali lydėti emociniai sunkumai, o RAD dažniau lydi depresijos simptomai (110). Pagal tyrimų duomenis, vaikams, patyrusiems netinkamą priežiūrą, gali būti būdingi abiejų sutrikimų simptomai (111) ir šie abu sutrikimai dažniau nustatomi institucinę globą patyrusiems vaikams arba augantiems globos įstaigose ar globėjų šeimose (111). Svarbu tai, kad vis dėlto ne visiems augusiems institucinės globos įstaigoje išsivysto tokie sutrikimai – yra svarstoma apie genetinių veiksnių ir aplinkos sąveikos įtaką – vieni vaikai gali būti jautresni deprivacijai nei kiti (110, 112). Iki šiol neaišku, kokie veiksniai nulemia vieno ar kito prieraišumo sutrikimo išsivystymą (110). Yra keletas tyrimų, kuriuose randama nuo 0,9 iki 1,4 proc. RAD ir DSED sutrikimų bendroje populiacijoje, tarp socialinės rizikos šeimų (106, 113). Nustatyta, kad RAD gali būti lydimas kitų psichikos sveikatos sutrikimų simptomų – aktyvumo ir dėmesio, elgesio, prieštaraujančio neklusnumo, baimių, tikų (106, 113, 114).

Svarbu tai, kad RAD sutrikimo simptomai dažnai visai išnyksta, kai vaikas patenka į tinkamą jam augti aplinką – t. y. atsiranda vaiko poreikius atliepantis prieraišumo asmuo (115). Bet taip pat nustatyta, kad kuo ilgesnį laiką vaikas praleidžia institucinės globos įstaigoje, tuo ilgiau gali išlikti RAD simptomai, net vaiką jau perkėlus gyventi į šeimos aplinką (114). Vaikams, turintiems DSED simptomų, pasak Rutterio, kurie tik ankstyvoje vaikystėje buvo institucinės globos įstaigoje ir vėliau augo šeimose, net iki 11 metų amžiaus dar buvo nustatomi DSED simptomai (75, 115). Manoma, kad tai gali būti susiję su vaikų, turinčių gyvenimo institucinės globos įstaigoje patirtį, sunkumais užmegzti selektyvų prieraišumo ryšį.

Greta į psichikos sveikatos sutrikimų klasifikacijas įtrauktų prieraišumo sutrikimų reikėtų apžvelgti į DSM-V siūlytą įtraukti – Raidos traumos sutrikimo diagnozę – dar ir todėl, kad tyrime dalyvavo vidurinėsios vaikystės amžiaus vaikai, o reaktyvaus bei neslopinamo prieraišumo sutrikimai pagal TLK-10-AM bei DSM-V gali būti nustatomi tik iki 5 metų amžiaus.

Apie 2005 m. pasirodė pirmieji amerikiečių mokslininkų (63, 86, 87, 116, 117) straipsniai apie tai, jog daugybės traumas patyrusių vaikų sutrikimams paaiškinti būtų reikalinga nauja diagnozė – Raidos traumos sutrikimas (angl. *Developmental Trauma Disorder*, toliau – DTD). Diagnozės reikalingumą šie mokslininkai grindė iki to laiko šioje srityje atliktais tyrimais, kuriuose nurodoma, kad kuo daugiau vaikas patiria trauminių patirčių, tuo labiau sutrikdoma jo raida, tuo daugiau simptomų išsivysto ir vaikui yra diagnozuojama vis daugiau įvairių sutrikimų. Buvo pastebėta, kad šių vaikų simptomai paliečia įvairias sritis: elgesio, emocijų, pažinimo ir santykių. Dar diagnozės siūlytojai apeliavo, jog kai nuo vaikystės traumų kenčiantiems vaikams yra nustatoma nespecifinių sutrikimų, tokiu būdu jų patirtis yra

psichiatrizuojama ir stigmatizuojama bei jiems nesuteikiama tinkamos pagalbos, dažnai jie yra medikalizuojami ir jiems nepakanka įprastų psichoterapijos intervencijų, pavyzdžiui, sukurtų teikiant pagalbą esant potrauminio streso sutrikimui. Buvo atlikta įvairių tyrimų, siekiant įrodyti, ar šie įvairūs simptomai traumas patyrusiems vaikams pasireiškia kartu bei ar juos galima atskirti nuo esamų diagnostinių kategorijų (118–120). Daugiausia sąsajų buvo rasta tarp šių simptomų: agresija, emocijų labilumas, negatyvi emocinė būseną, savižala, nedėmesingumas, susilpnėjusi savivertė ir dažni tarpasmeniniai konfliktai (63). Taip pat buvo tiriama, ar DTD yra susijęs su skirtingais trauminiais įvykiais nei PTSS (87). DTD pasirodė susijęs su smurtu šeimoje ir bendruomenėje bei sutrikusiais pagrindiniais globėjais, o PTSS – tik su fiziniu užpuolimu ar prievarta. Prieraišumo sutrikdymas ir tarpasmeninė trauma buvo susiję su didesniu DTD nei PTSS simptomų skaičiumi. Taigi nustatyta, kad DTD išsivysto, kai yra nuolatinė smurtinė aplinka ir prieraišumo trauma – t. y. sutrikęs tėvystės modelis (angl. *impaired caregiving*). Tyrimai šioje srityje yra tęsiami – 2021 m. pasirodė duomenų apie tai, kad nors PTSS ir DTD gali būti būdinga panaši trauminė patirtis praecityje, tačiau tik DTD pasirodė susijęs su emocine prievarta bei išsiskyrimu su tėvais ar globėjais (119). Yra duomenų, kad DTD gali būti kartu su PTSS bei su gretimais kitais psichiatriniais sutrikimais (atsiskyrimo nerimo, panikos; elgesio sutrikimais) (121), dėl to, vertinant daug simptomų turintį vaiką, svarbu turėti omenyje, kad simptomai gali rodyti esant trauminių patirčių nulemtą DTD sutrikimą (120, 122). Buvo tikimasi, kad, įvedus naują diagnostinę kategoriją, tokie vaikai gautų tinkamesnę, kompleksinę pagalbą. Tačiau vis dėlto siūlyta nauja diagnozė nebuvo įtraukta į naująją DSM V kasifikaciją. Apžvelgę prieraišumo sutrikimų diagnostikos ypatumus, kitame poskyryje aptarsime intervencijas, skirtas prieraišumo saugumui stiprinti.

2.4. Ilgailaikės terapinės intervencijos, esant nesaugiam ar dezorganizuotam prieraišumui

„Su santykiais susijusios traumos gali būti išspręstos tik per mylinčius ir stabilius santykius.“

Karyn Purvis, David Cross, Donald F. Dansereau & Sheri R. Parris, 2013

Kaip buvo aptarta prieraišumo sutrikimų diagnostikos poskyryje, kol nėra bendros diagnostinės sistemos, identifikuojančios vaikus, kuriems būtų reikalingos į daugybinės traumos įveiką orientuotos intervencijos, tol

pagalbos metodai aprašomi skirtingai ir yra sudėtinga rasti tyrimų, aprašančių tokių intervencijų poveikį vaikų psichikai.

Psichosocialinių intervencijų ar psichosocialinio gydymo (angl. *psychosocial treatment*) terminas gali aprėpti įvairias ne farmakologines, o psichologines intervencijas (psichologų, socialinių darbuotojų konsultacijas, tėvystės įgūdžių mokymus), edukacines priemones (mokymai, psichoedukacija) (123, 124). Dažnai yra kiek skirtingai apibrėžiamas psichosocialinių intervencijų terminas skirtingiems sutrikimams ir netgi gali apimti įvairias psichoterapijų rūšis (125). Šiame darbe terminas „psichosocialinės intervencijos“ vartojamas, turinti omenyje bendrai psichikos sveikatos specialistų priimtą apibrėžimą, jog tai yra ne farmakologinės intervencijos, apimančios įvairius psichologinius ir edukacinius komponentus, ir jos gali skirtis pagal trukmę (būti trumpalaikės ar ilgalaikės) bei taikymo pobūdį (individualiai, grupėje, bendruomenėje).

Kaip buvo apžvelgta ankstesnėje prieraišumo ir psichopatologijos skiltyje, poliviktimizacija pažeidžia vaiko raidą keliose srityse: emocijų ir elgesio, dėmesio ir suvokimo, santykių ir „aš“ tapatumo arba atribucijos ir sukelia šių sričių reguliacijos sutrikimus. Suvokiame, kad poliviktimizacija sukelia lėtinius⁷ ir kompleksinius sutrikimus, taigi tokiems sutrikimams gydyti yra reikalingos ilgalaikės intervencijos. Nors stokojama bendro sutarimo, kokios intervencijos yra laikomos ilgalaikėmis vaikų psichikos sveikatos srityje, tačiau paprastai tai intervencijos, truncančios 6 mėnesius ir ilgiau.

Mokslinių tyrimų srityje intervencijų, skirtų raidos traumos sutrikimui gydyti, poveikį nagrinėja beveik išimtinai ta pati autorių, kurie ir siūlė įvesti raidos traumos sutrikimo diagnozę, grupė: van der Kolkas, Fordas, Spinazolla. Apžvelgsiu ir keletą kitų mokslininkų tyrimų, kurie taip pat taiko intervencijas, skirtas raidos traumos arba dar kitaip vadinamos kompleksinės raidos traumos sutrikimui gydyti. Kadangi pagal pasiūlytus raidos traumos sutrikimo kriterijus, sutrikusi prieraišumo patirtis yra vienas iš pagrindinių kriterijų, tai bus apžvelgiamos ir intervencijos, kuriomis siekiama daryti įtaką prieraišumo saugumui.

2003 m. Bakermans-Kranenburg su kolegomis atliko prieraišumo intervencijų, skirtų tėvų ar globėjų jautrumui (angl. *sensitivity*) didinti, metaanalizę (17). Jie įvertino 70 mokslo studijų, kurios buvo susietos su tėvų /globėjų jautrumo matavimu ir vaikų prieraišumu. Nustatyta, kad efektyviausios buvo tos intervencijos, kurios turėjo aiškų tikslą – pavyzdžiui,

⁷ Pagal TLK-10 AM ir TLK-11 klasifikacijas, lėtiniu sutrikimu psichiatrijoje yra laikomas ne ūmus sutrikimas, o ūmus sutrikimas yra sutrikimas, kuris trunka nuo kelių dienų iki kelių mėnesių.

padidinti motinų jautrumą vaikui. Taip pat atrasta, kad tos intervencijos, kurios buvo efektyvesnės didinant tėvų jautrumą, taip pat efektyviau sustiprino prieraišumo saugumo rodiklius, kas dar kartą patvirtina esminę tėvų jautrumo įtaką prieraišumui formuotis. Šie tyrėjai dar atrado, jog labai intensyvios programos, kuriomis siekta ne tik didinti tėvų jautrumą, bet ir įtakoti psichines reprezentacijas ir teikti palaikymą šeimoms, beveik neturėjo ar turėjo net neigiamą įtaką vaikų prieraišumo saugumui. Mokslininkai pažymi, kad šios studijos buvo atliktos su daug problemų turinčiomis šeimomis (angl. *multitype problems*), taigi, kadangi tokios šeimos susiduria su daug įvairių sunkumų, plačiai orientuotos intervencijos pasirodo besančios mažai efektyvios. Pastarosios išvalgos yra svarbios šiame darbe atliktų tyrimų prasmei – buvo tiriama intervencijų, kurias taikė dienos centrų darbuotojai, poveikis, o tėvams ar institucinės globos darbuotojams (išskyrus vieną atvejį) nebuvo teikiama papildoma pagalba. Dienos centro vaikų tėvus galime priskirti prie daug problemų turinčių šeimų, taigi galėtume manyti, kad tokioms šeimoms yra svarbu ieškoti jų vaikus palaikančių suaugusiųjų, nei taikyti tėvų jautrumui didinti skirtas intervencijas, nes, remiantis padarytomis išvados metaanalizėje, tokioms šeimoms būdingas didelis iškritimo procentas dėl jas slegiančių įvairiausių sunkumų.

Ta pati autorių grupė atliko kitą metaanalizę, siekdami įvertinti ankstyvųjų intervencijų (iki 3 m. amžiaus) įtaką būtent dezorganizuotam prieraišumui (126). Išvados buvo kiek panašios į anksčiau atliktos metaanalizės – intervencijos, kurios orientavosi į tėvų jautrumo didinimą, efektyviau mažino dezorganizaciją, nei tos, kurios orientavosi į palaikymą ir tėvų psichines reprezentacijas (angl. *mental representations*). Yra ir daugiau duomenų apie pagrindiniams vaiku besirūpinantiems asmenims (tėvams, globėjams bei įtėviams) skirtas ankstyvasias intervencijas (iki ~ 5 metų amžiaus), kurios praneša apie sėkmingus rezultatus – tai, kad dezorganizuotas prieraišumas po intervencijų pasikeičia netgi į saugų prieraišumo tipą (127, 128).

Prieraišumo teorija skatino vystyti įvairias intervencijas, siekiančias stiprinti vaiko ir motinos / pagrindinio vaiku besirūpinančio asmens ryšį ir prieraišumo saugumą. Buvo intervencijų, kurios pagal dabartines mokslo žinias, jau įvertintos kaip žalingos, pvz., laikymo terapija, kai vaikas būdavo laikomas vieno iš tėvų ar terapeuto, panaudojant prievartą (129). Šiandien dauguma mokslininkų sutaria, kad prieraišumo saugumo rodikliams stiprinti, pirmiausia tėvai / globėjai turi būti mokomi jautrumo vaiko poreikiams ir ryšio užmezgimo su vaiku principų – tam stengtis susiderinti su juo, naudoti žaidimą ir atsargų lytėjimą, atsiliepiant į vaiko poreikius, o prievartinių metodų yra griežtai raginama nenaudoti (129).

Raidos traumos sutrikimo diagnozę siūlę įvesti mokslininkai – Kinniburgh, Spinazzola, van der Kolk iš Nacionalinio vaikų trauminio streso tinklo (angl. *National Child Traumatic Stress Network*) pasiūlė ir intervencijos sistemą vaikams, patyrusiems kompleksinę (atitinka raidos traumos sutrikimo sampratą) raidos traumą (130). Pasak šių mokslininkų, terapijoje turi būti atsižvelgiama į šešis tikslus: saugumą, savireguliaciją, savianalitinės informacijos apdorojimą (angl. *self-reflective information processing*), trauminės patirties integraciją, išitraukimą į santykius arba prierašumą ir pozityvių emocijų sustiprinimą. Autoriai intervencijos modelį pavadino – ARC (angl. *Attachment, Self-Regulation, Competency*, toliau ARC) – t. y. prierašumo, savireguliacijos ir kompetencijų modeliu. Šis modelis akcentuoja intervencijos, atsižvelgiant į vaiko gyvenamosios aplinkos kontekstą, svarbą, kam, beje, pritaria ir kiti autoriai (129). ARC principai yra tik gairės, skirtos individualiam intervencijų planui parengti. Gairių esmė yra ugdyti ir stiprinti įgūdžius, stabilizuoti vidinį stresą, stiprinti saugumą tėvystės sistemoje ir stiprinti bendrąjį vaiko psichologinį atsparumą. Kiekvienos srities intervencija dar skirstoma į individualų, šeimos ir sisteminių lygius, nes yra siekiama, kad įvairios aplinkos būtų kiek įmanoma labiau suderintos. Tokių intervencijų kompleksą gali užtikrinti tik komandiniu principu veikiančios gydymo ekipos. Yra duomenų, kad ARC intervencija sumažina su trauma susijusių simptomų (131).

Dar vienas metodas, aiškiai skirtas kompleksinę raidos traumą patyrusiems vaikams, yra TBRI – Pasitikėjimu grįsta santykių intervencija, sukurta JAV (37). Šio metodo pagrindinių kūrėjų Karyn Purvis ir Davido Crosso teigimu: „su santykiams susijusios traumos gali būti išspręstos tik per mylinčius ir stabilius santykius“ (37). TBRI sumanytojai atkreipia dėmesį į tai, jog vaikas nepalyginti daugiau laiko praleidžia savo namuose, nei, pavyzdžiui, 1 val. per savaitę specialisto kabinete, taigi intervencija, kurią taiko tėvai ar globėjai savo namuose arba darbuotojai įstaigose, kur ir iškyla sunkumų ir reaguojama „čia ir dabar“ į situacijas, tikėtina, bus daug veiksmingesnė nei kas savaitinė valandos konsultacija su specialistu. TBRI yra holistinė, prierašumo, traumų psichologijos teorijomis ir neuromokslo žiniomis grįsta intervencija, kuri ir buvo sukurta atliepti pažeidžiamų vaikų, praeityje turėjusių trauminių patirčių, poreikius (37, 50, 132). TBRI intervencija yra panaši į vaikų auklėjimo ir priežiūros modelį ir turi būti taikoma kasdien bendraujant su vaiku. Dažnai suaugusiesiems, taikantiems TBRI, šis metodas tampa bendravimo ir gyvenimo būdo modeliu (133). Kadangi TBRI intervencija ir buvo diegiama tyrimo metu, ji aprašoma detalčiau.

TBRI iš esmės atitinka ARC intervencijos principus, o skiriasi nuo ARC modelio tuo, jog TBRI yra pristatomi ne tik intervencijos principai, bet ir konkrečios priemonės. Į TBRI intervenciją yra integruotos neuromokslo

žinios bei kreipiama daug dėmesio vaiko fiziologiniams ir sensoriniams poreikiams. Taigi TBRI sudaro trys stambūs poliai (134):

1. Ryšio užmezgimo principai – tėvai / globėjai ar terapijos centrų, mokyklų darbuotojai yra mokomi konkrečių ryšio su vaiku užmezgimo metodų – kaip užmegzti akių kontaktą, kaip vaiką tinkamai liesti, kaip tinkamai naudoti kūno kalbą, balso toną. Svarbus akcentas yra vaiku besirūpinančių asmenų dėmesingo įsisąmoninimo strategijų mokymas – t. y. tėvai tyrinėja savo asmeninę santykių istoriją, jos įtaką jų elgesiui su vaikais bei yra mokomi dėmesingo įsisąmoninimo (angl. *mindfulness*) principų.
2. Įgalinimo principai – vaiku besirūpinantys asmenys yra mokomi sukurti vaikui įvairiapusiškai saugią aplinką. Todėl jiems suteikiama žinių, kaip tinkamai atliepti vaiko fiziologinius poreikius (užtikrinamas pakankamas vandens kiekis, subalansuota mityba, atliepiami vaiko sensoriniai poreikiai). Įgalinimo principai taip pat apima vaikų savireguliacijos įgūdžių mokymą bei įvairių strategijų, kurios padeda vaikams toleruoti jų kasdieninius ir raidos pokyčius, mokymą (sukurama kasdienybės struktūra, ritualai).
3. Elgesio korekcijos principai. Pagal TBRI – netinkamas vaiko elgesys dažniausiai reiškia neatsakytą vaiko poreikį, tačiau vaikas dažnai tai parodo netinkamu elgesiu. Suaugusieji mokomi dviejų elgesio korekcijos dalių: a) proaktyviai mokyti vaiką tinkamo elgesio, kai vaikas yra ramus, ir b) atsako į netinkamą, probleminį elgesį strategijų. Yra mokoma konkrečių būdų, kaip reaguoti į probleminį vaiko elgesį, o atsako tikslai yra, kad pasikeistų vaiko elgesys bei kad ir vaiką, ir suaugusįjį po korekcijos vėl sietų ryšys. TBRI principų santrauka yra pateikiama 1 lentelėje.

1 lentelė. TBRI principai (134)

RYŠIO UŽMEZGIMO PRINCIPAI	ĮGALINIMO PRINCIPAI	ELGESIO KOREKCIJOS PRINCIPAI
1. Įsitraukimo strategijos – mokoma užmegzti ryšį su vaiku per akių kontaktą; elgesio suderinimą bei žaidybinį bendravimą.	1. Fiziologinės strategijos - orientuojamos į fizinius vaiko poreikius (hidracija, mityba, sensoriniai poreikiai).	1. Proaktyvios strategijos – tuo metu, kai vaikai yra ramios būsenos, jie mokomi socialinių įgūdžių.
2. Dėmesingo įsisąmoninimo strategijos – rūpintojai mokomi sąmoningumo, ką jie atsineša į santykį su vaiku; taip pat mokomi pasirūpinti savimi.	2. Ekologinės strategijos - į išorinę aplinką (perėjimo momentai, palaikymas; kasdieniai ritualai) bei mokoma savireguliacijos įgūdžių.	2. Atsako strategijos – suteikia rūpintojams praktinius įrankius, kaip atsakyti į iššūkių keliantį vaikų elgesį.

Visi TBRI principai yra skirti ne tik saugiai aplinkai, bet ir vaikų saugumo jausmui sukurti. TBRI skiriasi nuo kitų pagalbos modelių tuo, kad pirmiausia ši intervencija buvo sukurta kaip auklėjimo modelis (angl. *caregiving*), nei terapija siaurąja prasme. Svarbu paminėti, kad TBRI mokymų didelę dalį sudaro edukacija apie traumų poveikį vaiko elgesiui ir psichikai, fiziologinėms reakcijoms. Taigi TBRI, kaip ir kai kurios kitos intervencijos, yra tarp tų, kurios suteikia žinių apie traumą (angl. *trauma-informed*).

Yra pakankamai TBRI metodo tyrimų, rodančių, kad šis metodas teigiamai veikia neigiamų vaikystės patirčių nulemtus psichikos sutrikimų simptomus. Metodo įdiegimo pradžioje, 2006 m. buvo tirtas dienos stovyklos (3 savaitių trukmės), naudojant TBRI, poveikis ją lankiusiems globjamiems ir įvaikintiems vaikams, matuojant seilių kortizolio kiekį, vertinant depresyvumą ir prieraišumo reprezentacijas pagal vaikų šeimos piešinius. Nustatyta, kad seilių kortizolio kiekis ir vaikų depresyvumas sumažėjo. Tačiau taip pat rasta, kad vaikams padaugėjo prieraišaus elgesio (labiau priima tėvių prisilietimus, daugiau žiūri į akis, labiau kreipiasi pagalbos, atsiradus stresui) bei sumažėjo prieraišumo sutrikimo simptomų (49, 51, 52). Yra aprašyti tyrimai apie tėvystės įgūdžių programos pagal TBRI metodą taikymo efektyvumą tėvių grupėje: vieno tyrimo metu su tėviais organizuoti keturių dienų 24 val. mokymai gyvai, o kito tyrimo metu – naudotas 9 val. mokymų modelis – internetu. Šio randomizuoto, su kontrolinėmis grupėmis, dviejų grupių, prieš ir po intervencijos tyrimo rezultatai parodė, kad TBRI tėvių grupės vaikams reikšmingai sumažėjo elgesio sunkumų ir su trauma susijusių simptomų, o padaugėjo prosocialaus elgesio (vertinta pagal SDQ ir Traumos simptomų patikros klausimyną vaikams (angl. *Trauma Symptom Checklist for Young Children*) (55, 135). Dar vieno tyrimo rezultatai, kai TBRI mokymai teikti tėviams, parodė, kad reikšmingai pagerėjo vaikų psichologinis funkcionavimas ir sumažėjo tėvų patiriamas stresas (54). Šio tyrimo rezultatai dar atskleidė, kad teigiamiems pokyčiams buvo svarbus tėvių įsitraukimas į mokymus – tų tėvių, kurie buvo labiau įsitraukę, vaikams labai sumažėjo psichikos sveikatos sutrikimo simptomų, o patiems tėviams labiau sumažėjo streso lygis.

Yra aprašytas TBRI įdiegimo poveikis specialioje, pagalbos rizikos grupės jaunuoliams skirtoje mokykloje: nustatyta, kad, įdiegus TBRI, sumažėjo jaunuolių netinkamo elgesio (mažiau fizinės ir verbalinės agresijos, griaušančio elgesio) ir jaunuoliai buvo linkę dažniau kalbėtis apie savo problemas su konsultantais, mažiau skundėsi, tapo mažiau grubūs (53).

Kaip buvo minėta įvade, šis tyrimas yra pirmasis, kuriuo vertintas TBRI metodo poveikis vaiko prieraišumui, naudojant prieraišumui vertinti stebėjimu grįstą ir gana patikimą metodą – Vaiko prieraišumo interviu (CAI). Taip pat tai yra pirmasis TBRI metodo poveikio tyrimas Lietuvoje.

Apibendrinant aprašytą TBRI metodą, pažymėtina, kad jo naudojimo galimybės yra itin plačios – nors metodą būtų galima vadinti vaiko auklėjimo / priežiūros modeliu, kurį taikyti kviečiami pagrindiniai vaiku besirūpinantys asmenys kasdienėje vaiko aplinkoje, vis dėlto nuo pat pirmųjų metodo poveikio tyrimų pradžios, jo buvo apmokomi dienos stovyklos, mokyklų, įvairių pagalbos centrų, skirtų traumas patyrusiems vaikams, darbuotojai. Metodo privalumas yra toks, kad jo mokantis gali dalyvauti tiek specialistai, tiek asmenys, neturintys specifinių žinių apie vaiko priežiūrą ar auklėjimą, o mokymų trukmė yra santykinai neilga – apie 22 valandos. Tačiau po mokymų reikia tolesnių susitikimų, skirtų metodo priežiūrai bei geresniam jo taikymui praktikoje. Dėl to, kad šio darbo autorė dar prieš doktorantūros studijas turėjo galimybę išmokti TBRI metodo ir įgijo TBRI praktinės kvalifikaciją bei dėl pirmiau išvardytų privalumų ir buvo pasirinkta diegti būtent šį metodą.

Yra aprašyti dar keli intervencijų modeliai, skirti raidos traumos sutrikimo simptomų turintiems vaikams, jie labiau tinka ne pagalbai individualiu lygiu, o taikyti organizacijose. Vienas iš tokių modelių yra – Neurosekvencinis terapijos modelis (angl. *Neurosequential Model of Therapeutics*, toliau – NMT) (136, 137). Yra trys pagrindiniai šio modelio elementai: a) vaiko raidos istorijos įvertinimas; b) dabartinės vaiko būsenos įvertinimas, įtraukiant ir smegenų žemėlapio žymėjimą; c) rekomendacijų dėl intervencijų suteikimas. Paprastai pagal NMT yra rekomenduojamos laipsniškos intervencijos visoms vaiko aplinkoms (namams, mokyklai, terapijai) pagal tai, kokį raidos ir smegenų funkcionavimo lygį tuo metu atitinka vaikas. Pirmiausia yra orientuojamasi, kokį psichobiologinį amžių atitinka vaikas, ir numatomos tokios intervencijos, kurios tinka primityviausioms smegenų dalims, o tik vėliau, stebint pažangą, gali būti rekomenduojamos aukštesniam kognityviniam lygiui tinkamos intervencijos. NMT trūkumas yra tas, kad reikia labai patyrusio NMT terapeuto, kuris prižiūrėtų visą terapijos procesą, taip pat – NMT nenurodo konkrečių intervencijos priemonių, o labiau gali būti vertinama kaip diagnostikos ir rekomendacijų sudarymo sistema. NMT efektyvumui įvertinti yra atlikta keletas tyrimų, tai rodo šią intervenciją esant efektyvią pagal įvairių rodiklių vertinimą (pvz., sumažėja fizinio suvaržymo dažnumas, mažiau esama elgesio ir emocinių sutrikimų simptomų, pagerėja vystymasis), ją taikant stacionariose gydymo įstaigose (138), ikimokyklinio ugdymo įstaigoje (139) ir padedant kompleksinę raidos traumą patyrusiems vaikams ir paaugliams.

Apžvelgėme intervencijų galimybes ir atliktus tyrimus, skirtus prieraišumo saugumui stiprinti bei padėti raidos traumos sutrikimų simptomų turintiems vaikams, detalai pristatėme TBRI metodą, tad pereisime prie mūsų atlikto tyrimo pristatymo.

3. TIRIAMIEJI IR TYRIMO METODIKA

Atsižvelgiant į darbo tikslus ir uždavinius sudaryta tyrimo programa, apimanti keletą etapų:

1. Tyrimo protokolo sudarymas ir tyrimui reikalingų dokumentų, leidimų rengimas.
2. Tiriamųjų atranka į tiriamąsias grupes pagal pasirinktus įtraukimo kriterijus.
3. Duomenų apdorojimas, statistinė analizė.
4. Duomenų apibendrinimas, publikacijų ruošimas, išvadų ir rekomendacijų rengimas.

Tyrimo protokolą patvirtino Lietuvos bioetikos komitetas 2019 m. vasario 15 d. Leidimo numeris 2019/2-1103-601 (1 priedas). Biomedicininio tyrimo užsakovas – Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas.

Pasirinktos tikslinės grupės: naujai įsteigtas Psichosocialinės reabilitacijos centras (šiuo metu atitinka VšĮ „Aplink“ terapinį ugdymo centrą ir toliau yra vadinama centru A) ir VA Carito dienos centras „Vilties angelas“ (toliau vadinama centru B). Centras A pasirinktas dėl to, kad tai buvo pirmasis Lietuvoje centras, įsteigtas teikti ilgalaikes (iki 2 metų) psichosocialines intervencijas vaikams, turintiems elgesio ir emocijų sutrikimų. Abu centrai sutiko bendradarbiauti su tyrėjais ir kad darbuotojai būtų apmokyti TBRI metodo.

Abu centrus lankančių vaikų, kurie tyrimo pradžios metu buvo 8–11 metų, įstatyminiai atstovai buvo supažindami su centre planuojamu vykdyti tyrimu, informuojami apie tyrimo eigą, tikslus, jiems buvo aiškiai ir suprantamai atsakoma į visus jų užduotus klausimus.

Įtraukimo į tyrimą kriterijai:

1. Vaikas lanko dienos centrą tyrimo metu (2019 m., 2020 m.)
2. Vaiko amžius 8–11 metų.
3. Tiriamųjų įstatyminiai atstovai sutinka dalyvauti tyrime. Gavus atstovų sutikimą, kai jie pasirašydavo IASF (2 priedas), vykdavo pokalbis su vaiku dėl jo sutikimo dalyvauti tyrime. Tiriamieji vaikai pasirašydavo paprasta, jiems suprantama kalba parašytą sutikimo formą (3 priedas).

Neįtraukimo į tyrimą kriterijai:

1. Įstatyminiai atstovai arba jų vaikas nesutinka dalyvauti tyrime.

2. Vaikui yra nustatytas intelekto sutrikimas, autizmo spektro sutrikimas ar psichozė.
3. Tyrime atsisako dalyvauti įstatyminis atstovas ar vaikas, bet kuriame tyrimo etape.

3.1 Tyrimo hipotezės

1. Centro B vaikai turi neigiamų vaikystės patirčių, taigi tikėtina, kad vertinimo metu jiems bus nustatyta elgesio ir emocijų sutrikimų simptomų.
2. Abiejuose tyrimo grupėse po dienos centro lankymo vienus metus tikėtini teigiami vaikų psichikos sveikatos pokyčiai.
3. Abiejuose tyrimo grupėse po vieno metų tikėtini teigiami CAI saugumo skalių įverčių pokyčiai.

3.2 Tyrimo dizainas

Tyrimo imtis buvo tikslinė – pasirinktas ką tik įsteigtas kompleksinę pagalbą teikiantis centras A bei įprastas dienos centras B, kuriame pirmą kartą Lietuvoje įdiegtas TBRI metodas. Dėl to, kad imtis buvo tikslinė, o tyrimas turėjo būti atliktas per dvejus metus (dėl doktorantūros studijų reikalavimų), tikėtasi, jog tiriamųjų skaičius bus mažas, dėl to planuotas atvejų serijų tyrimas. Pagal tarptautinę Epidemiologijos žodyną, atvejų serijų tyrimas apibrėžiamas taip: tiriamųjų asmenų, turinčių bendrų charakteristikų, rinkinys, naudojamas tam tikram klinikiniam, patofiziologiniam ar operaciniam ligos, gydymo, poveikio ar diagnostinės procedūros aspektui aprašyti (140). Laikoma, jog atvejų serijų tyrime turėtų būti aprašyta 4 ir daugiau atvejų (141).

Kadangi atlikus tyrimą abiejuose tyrimo centruose nustatyta po kelis atvejus, kai vaikų būseną kliniškai reikšmingai pagerėjo bei pasikeitė jų prieraišumo tipas, buvo pasirinkta šiuos atvejus aprašyti detaliau – naudotas atvejo aprašymas (angl. *case-report*). Pagal tarptautinę Epidemiologijos žodyną, atvejo aprašymas apibrėžiamas taip: „išsamūs kelių pacientų ar klinikinių atvejų (dažnai tik vieno asmens), sergančių neįprasta liga ar komplikacija, neįprastais ligų deriniais, neįprasta ar klaidinančia semiologija, priežastimi ar baigtimi (gal stebintinu pasveikimu), aprašymai“ (140).

3.3 Tyrimo eiga

Tyrimas vyko nuo 2019 m. vasario mėn. iki 2021 m. rusėjo mėn. Abiejuose dienos centruose buvo įdiegta Pasitikėjimu grįstų santykių intervencija

(TBRI). Abiejų dienos centrų darbuotojai dalyvavo 22 val. TBRI mokymuose, kuriuos vedė sertifikuota TBRI praktikė. Visus metus, kol vyko tyrimas, abiejų dienos centrų darbuotojams 1 k./mėn. (po 3 val.) vyko atvejo aptarimai pagal TBRI principus. TBRI mokymus ir atvejo aptarimus abiejuose centruose vedė šio darbo autorė.

Vaikai dalyvavo tyrime vienus metus. Kiekvienas tiriamasis ir jo įstatyminis atstovas su tyrėja turėjo tris susitikimus: pirmas kartas (T1), antrą kartą susitikdavo po 6 mėn. (T2), trečią kartą – po dar 6 mėnesių, t. y. – po vienu metų nuo tyrimo pradžios. Susitikimo su tiriamojo įstatyminiu atstovu trukmė – ~2 val., o su tiriamuoju vaiku taip pat apie 2 valandas. Abiejuose centruose taikyti tie patys tiriamųjų būklės vertinimo metodai. Tyrimo eiga pateikiama 2 lentelėje.

2 lentelė. Tyrimo eiga

T1	T2	T3
1. Klinikinis interviu su vaiku	1. Klinikinis interviu su vaiku	1. Klinikinis interviu su vaiku
2. Vaiko prieraišumo interviu	2. ---	2. Vaiko prieraišumo interviu
3. Klinikinis interviu su vaiko atstovu + SDQ, CBCL6/18	3. Klinikinis interviu su vaiko atstovu + SDQ, CBCL6/18	3. Klinikinis interviu su vaiko atstovu + SDQ, CBCL6/18
4. SDQ, TRF6/18 mokytojui	4. SDQ, TRF6/18 mokytojui	4. SDQ, TRF6/18 mokytojui
	5. TBRI naudojimo klausimynas+interviu apie TBRI naudojimą su darbuotojais	5. TBRI naudojimo klausimynas+interviu apie TBRI naudojimą su darbuotojais

3.4 Vertinimo instrumentai (klausimynai ir interviu)

1. ASEBA klausimynas tėvams / globėjams (CBCL6/18) ir mokytojams (TRF6/18). Naudotos standartizuotos lietuvių kalbos vertimų versijos (142, 143). CBCL6/18 ir TRF6/18 klausimynų teiginiai yra padalyti į 8 sindromus: nerimastingumo/ depresiškumo; užsisklendimo/ depresiškumo; somatinių skundų; socialinių sunkumų, mąstymo sunkumų, dėmesio sunkumų, taisyklių laužymo ir agresyvaus elgesio. Perkėlus klausimyno atsakymų įverčius į profilį, yra nustatoma, kuris balas atitinka normos, ribinį (93–97 procentilė) ar nuokrypio (ties 98 procentile ir aukščiau) įvertį. Įverčių normos yra skirtingos pagal lytį (žr. : <https://aseba-web.org>).

2. SDQ – Lit – Sunkumų ir galių klausimynas 4–17 metų pilna ir poveikio (pakartotinio vertinimo) versijos tėvams / globėjams ir mokytojams (144). Visose SDQ versijose pateikiami 25 teiginiai apie teigiamas ir neigiamas vaiko savybes. Šie teiginiai sudaro penkias skales po penkis teiginius kiekvienoje: elgesio sunkumai, hiperaktyvumo, emociniai simptomai, problemos su bendraamžiais, socialaus elgesio. Tyrimo metu naudotos keturios sunkumų skalės. Gauti įverčiai taip pat skirstomi į normos, ribos ir nuokrypio įverčių zonas (žr. <https://www.sdqinfo.org>).
3. Vaiko prieraišumo interviu (angl. *Child Attachment Interview*, toliau – CAI) buvo naudojamas tyrimo pradžioje (T1) ir po vienu metų (T3). CAI sukūrė Shmueli-Goetz su kolegomis Anos Froid nacionaliniame vaikų ir šeimų centre, Londone (angl. *Anna Freud National Centre for Children and Families*) (89, 103). Tyrime naudota lietuviška CAI versija (145, 146). CAI yra vertinama kaip viena iš geriausias psichometrinės charakteristikas turinti metodika, vertinant vidurinio amžiaus vaikų prieraišumą (88, 91, 97). Tai yra tiesioginis interviu, kai vaiko yra prašoma apibūdinti santykius su asmenimis, kuriuos jis įvardija esant šeimos narius pirmame klausime. CAI yra filmuojamas, nes yra labai svarbu koduojant interviu remtis ir neverbaliniu elgesiu. CAI sudaro 19 klausimų – prašoma įvardyti šeimos narius, apibūdinti save, apibūdinti santykius su kiekvienu prieraišumo asmeniu (gali būti įtraukiami ne tik tėvai, bet ir seneliai, kiti asmenys), vaiko klausama, kas nutinka, kai prieraišumo asmenys (toliau PA) supyksta ant vaiko; prašoma apibūdinti situacijas, kai vaikas serga, susižeidžia, patiria išsiskyrimus, netektį, jaučiasi liūdnas. CAI interviu turi atlikti vaiko nepažįstantis asmuo – tam, kad būtų sužadinta prieraišumo sistema. Po interviu transkripcijos jis yra koduojamas sertifikuoto koduotojo. Visiems PA bendrai yra koduojamos šios skalės: emocinio atvirumo, teigiamų / neigiamų užuominų apie PA balanso, pavyzdžių naudojimo, konfliktų sprendimo su išsprendimu, bendros darnos. Trys skalės koduojamos kiekvienam PA atskirai: nerimastingo pykčio, idealizavimo, vengimo. Dezorganizacija yra vertinama dichotomiškai – yra ar nėra. Emocinio atvirumo, teigiamų ir neigiamų užuominų apie PA balanso, pavyzdžių naudojimo, konfliktų sprendimo su išsprendimu ir bendros darnos skalių įverčiai 5 ir daugiau – iki 9 rodo prieraišumo saugumą, o įverčiai žemiau 5 – nesaugumą. Vėliau vaikui nustatoma prieraišumo klasifikacija – saugus, nesaugus vengiantis, nesaugus nerimastingas arba dezorganizuotas. Kiekvienam prieraišumo asmeniui yra atskirai

nustatoma prieraišumo klasifikacija. Dezorganizuotam vaikui nustatoma antra, alternatyvi prieraišumo klasifikacija – saugus, nesaugus vengiantis arba nesaugus nerimastingas. Žr. 4 priedą.

Tam, kad būtų laikomasi CAI reikalavimų, T1 metu CAI interviu iš vaikų ėmė šio darbo autorė (kol tiriamieji jos nepažinojo) ir tyrimo bendradarbiai. Tyrimo bendradarbiai turėjo 3 val. CAI interviu vedimo mokymų. Interviu vykdavo atskirame kabinete ir buvo atliekamas vaizdo įrašas. Po tyrimo interviu buvo transkribuoti ir vėliau juos kodavo nepriklausoma, sertifikuota CAI koduotoja.

4. Pusiau struktūruotas klinikinis psichiatrinis interviu tėvams (dalyvavo mamos ir globėjos). Interviu tikslas – gauti informaciją apie psichikos sutrikimų rizikos veiksnius, neigiamus vaikystės įvykius; surinkti raidos anamnezę; gauti informaciją apie dabartinį vaiko psichikos funkcionavimą; galimus psichikos sutrikimų simptomus. Interviu sudarė šio darbo autorė pagal IACAPAP el. knygos gaires (147). Interviu sudarė 17 pagrindinių klausimų bei tikslinamųjų klausimų, esant poreikiui. Tiriamųjų atsakymai buvo užrašomi ir vėliau analizuojami.
5. Klinikinis psichiatrinis ištyrimas. Šį interviu sudarė šio darbo autorė pagal IACAPAP el. knygoje pateiktas gaires (147). Jame buvo 22 klausimai su tikslinamaisiais klausimais, jei prireiktų. Po interviu tyrėja užpildydavo vaikų psichinės būklės vertinimo formą.
6. TBRI metodo naudojimo klausimynas ir pusiau struktūruotas interviu. Jį taip pat sudarė šio darbo autorė. Jame buvo 4 dalys. Pirmos trys dalys apėmė tris TBRI struktūrines dalis: Ryšio užmezgimo principai, Įgalinimo principai ir Elgesio korekcijos principai. Darbuotojai turėjo pasirinkti, kaip dažnai jie naudojo kiekvieną iš TBRI elementų: niekada, kartais, dažnai ar visada. Ketvirtoje klausimyno dalyje buvo trys atviri klausimai apie tai, kaip jiems sekėsi naudoti TBRI, ko reikėtų, kad kiekvieną elementą naudotų dar dažniau. Žr. 4 priedą.

3.5 Duomenų apdorojimas

CBCL ir TRF anketų duomenys apdoroti suvedant anketų atsakymus į popierinius anketų profilius. Iš profilio buvo sprendžiama, koks įvertis patekdavo į normos, ribos (93–97 procentilė) ar nuokrypio zoną (ties 98 ir aukščiau procentile). Įverčių reikšmės buvo skirtingos mergaitėms ir berniukams.

SDQ duomenys buvo vertinami internetinės vertinimo svetainės pagalba (<https://sdqscore.org/#>). Galimi atsakymų variantai buvo: atitinka normą; artimas normai; ribos ir nuokrypio zona. Diagnostinis vertinimas pagal galimus sutrikimus – maža, vidutinė ir didelė rizika.

CAI interviu kodavo tyrimo bendradarbė, sertifikuota CAI koduotoja. 30 procentų interviu kodavo antra nepriklausoma, sertifikuota CAI koduotoja – kodavimo patikimumui patikrinti. Abi koduotojos nežinojo apie viena kitos suteiktus kodus. Tarp abiejų koduotojų buvo gautas 100 procentų suderinamumas dėl prieraišumo kategorijų klasifikacijų. Tarpklausinės koreliacijos koeficientas (ICC) buvo pakankamas visų 11 skalių. Žemiausias ICC buvo 0,64 (Konfliktų sprendimo su išsprendimu), o kitų skalių svyravo nuo 0,70 iki 0,92. Visų skalių ICC mediana – 0,86 – rodo pakankamą ir tvirtą suderinamumą tarp abiejų koduotojų.

Klinikinių interviu duomenys analizuoti kartu su anketų duomenimis. Buvo vertinama, kiek mamos ir globėjos pateikė kliniškai reikšmingų nusiskundimų; kiek elgesio ar emocijų sutrikimo simptomai trikdė vaiko kasdienybę bei adaptaciją. Įvertinta, kaip mamų bei globėjų pateikti nusiskundimai atitiko anketų duomenis bei ar įvardyti nusiskundimai atitiko galimus sutrikimų kriterijus pagal TLK-10 AM klasifikaciją (108).

Statistinė analizė atlikta naudojant R (versija 3.6.2) ir R Studio (versija 1.3.959) programinę įrangą. Tolydieji kintamieji išreikšti vidurkiu ir standartiniu nuokrypiu. Shapiro-Wilk testas naudotas normaliajam skirstiniui patikrinti. Kadangi imtis buvo maža, tai centro B tolydžių kintamųjų palyginimai atlikti naudojant neparametrinį Vilkssono ženklų kriterijų. P reikšmė $< 0,05$ laikyta statistiškai reikšminga. Galia tikrinta naudojant G Power 3.1 programinę įrangą.

Centro A grupės tiriamiesiems atlikta aprašomoji statistika. Statistinė analizė atlikta iš Centro B grupės CBCL6/18, TRF 6/18 bei SDQ anketinių duomenų. Poveikio efektas apskaičiuotas, imant T1 ir T3 CBCL 6/18 skalių skirtumą ir dalinant skirtumo vidurkį iš jo standartinio nuokrypio. Tarpklausinės koreliacijos koeficientas (ICC) skaičiuotas abiejų tiriamųjų grupių dviejų koduotojų CAI interviu skalių suderinamumui patikrinti.

Papildomai apskaičiuota abiejų grupių tiriamųjų anketinių duomenų individualaus pokyčio statistika (148). Naudotas SID – standartizuotas individualus pokytis, kuris gaunamas individualų pokyčių padalinus iš visų pokyčių standartinio nuokrypio (sklaidos). Priimama prielaida, kad SID turi standartinį normalųjį pasiskirstymą, todėl su 95 % pasiklovimo lygmeniu tiriamiesiems, kurių ši reikšmė didesnė už 1,96, individualus pokytis yra reikšmingai didesnis (teigiamas), o tų, kurių reikšmė mažesnė už -1,96, individualus pokytis reikšmingai mažesnis (neigiamas).

T2 vertinimo metu gauti duomenys nebuvo įtraukti į galutinę analizę – centro B atveju trūko didelės dalies duomenų iš mokytojų, o bendrai T2 vertinimo metu gauti duomenys beveik nesiskyrė nuo T1, pokytis pasirodė mažai reikšmingas, dėl to T2 duomenys nebuvo įtraukti į galutinę analizę.

3.6 Psichosocialinių intervencijų turinys

3.6.1. Centras A

Psichosocialinės reabilitacijos centre tiriamieji vaikai lankėsi keturias dienas per savaitę, po 3 valandas per dieną. Tiriamuosius į centrą siuntė gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, jis rekomenduodavo centrą lankyti elgesio ir (ar) emocinių sunkumų turinčiam vaikui. Terapinė programa kiekvienam vaikui buvo sudaroma individualiai, atsižvelgiant į jo patiriamus sunkumus, tačiau iš esmės buvo panaši. Darbuotojų ir vaikų skaičiaus santykis svyravo nuo 0,7 iki 1. Visi vaikai turėjo jiems paskirtą darbuotoją, kuris buvo vadinamas „savas asmuo“. Kiekvienas „savas asmuo“ kuravo du vaikus ir stengėsi su jais užmegzti saugų, pasitikėjimu grįstą santykį. Kadangi visi darbuotojai buvo dalyvavę TBRI mokymuose bei turėjo kasmėnesinius atvejo aptarimus dėl TBRI principų taikymo, jų santykis su vaikais buvo grindžiamas TBRI principais. Darbuotojai taip pat buvo kviečiami mąstyti apie savo jausmus bei santykių patirtis ir tai, ką jie „atneša“ į santykius su vaikais. Per mokymus darbuotojai išmoko praktinių bendravimo su vaiku įgūdžių.

Vaikai centre dalyvaudavo ir muzikos, arba dailės terapijos sesijose kartą per savaitę. Taip pat vaikai lankė individualios psichoterapijos užsiėmimus kartą per savaitę – trys tiriamieji tęsė psichoterapiją su iš anksčiau pažįstamu psichoterapeutu išorėje, o du – psichoterapijos sesijas lankė centre.

Vaikai pagal programą taip pat turėdavo buvimo bei darbo grupėje laiką su darbuotojais. Tai buvo pertraukos tarp terapinių susitikimų, atvykimo į centrą laikas, užkandžių laikas, grupinis pradžios ir pabaigos ratas, socialinių įgūdžių grupės, žaidimų lauke laikas. Darbas grupėje taip pat buvo organizuojamas pagal TBRI principus: vaikai turėjo aiškia, vizualią dienotvarkę; centre buvo laikomasi bendravimo taisyklių („be žaizdų“, „laikomės kartu“, „mums smagu“, „mano kūnas priklauso man“); vaikams buvo siūlomi sveiki užkandžiai, buvo atliepami jų sensoriniai poreikiai bei savireguliacijai naudojami TBRI principai. Jei kažkuriam vaikui kildavo kitam vaikui, darbuotojams ar aplinkai grėsmę kelianti fizinė agresija, vaikui galėjo būti taikoma fizinė intervencija. Darbuotojai buvo dalyvavę agresijos prevencijos ir valdymo (angl. *Management of Actual and Potential aggression* – toliau

MAPA) mokymuose. Šiuos mokymus darbuotojams vedė sertifikuoti MAPA mokytojai iš Vilniaus universiteto, Šiaulių akademijos.

Tiriamųjų įstatyminiai atstovai (dažniausiai tai buvo artimiausias vaikui darbuotojas iš jo globos įstaigos) kas 6 savaites turėjo susitikimus su vaiko „savu asmeniu“ ir konsultuojančiu psichologu – psichoterapeutu. Jie kartu aptardavo vaiko emocinę būseną, elgesį bei Centro A darbuotojai suteikdavo išvalgų globos įstaigų darbuotojams apie tai, kas vaikui labiausiai padeda reguliuoti emocijas, geriau jaustis, kokie yra jo poreikiai ir pan. Tokių susitikimų tikslas buvo informuoti, palaikyti globos įstaigų darbuotojus ir suteikti jiems praktinių bendravimo su vaiku, jo poreikių atliepimo rekomendacijų. Tiriamųjų vaikų globos įstaigų darbuotojai nedalyvavo TBRI mokymuose, išskyrus vieno vaiko (019), kuris įsitraukė į tyrimą 2020 m. rugsėjo mėn. Šio tiriamojo dvi tiesiogiai su vaiku dirbančios socialinės darbuotojos dalyvavo 22 val. TBRI mokymuose.

3.6.2. Centras B

Tai yra nevalstybinis dienos centras, įsikūręs Vilniaus miesto senamiestyje. Centras pasirinktas dėl to, kad jo darbuotojai kreipėsi į tyrėją, ieškodami specialisto, kuris padėtų darbuotojams atliepti centrą lankančių vaikų poreikius, nes darbuotojai pastebėjo, kad vaikai turėjo elgesio ir emocinių sutrikimo simptomų. Centro vadovė buvo supažindinta su TBRI metodu ir sutiko šį metodą įdiegti centre bei bendradarbiauti su tyrėjais.

Paprastai vaikus į šį centrą siunčia šeimą prižiūrintis socialinis darbuotojas. Tačiau dažnai šeimos kreipiasi ir savo iniciatyva, nes vyresni jų vaikai jau lanko šį dienos centrą. Yra šeimų, kurių mamos ar tėčiai, būdami vaikai, lankė šį centrą, o tapę tėvais, į jį atvedė savo vaikus. Dažniausios šeimos, kurių vaikai lanko šį dienos centrą, gali būti priskiriamos prie socialiai pažeidžiamų šeimų ir dažnai tokios šeimos jau gauna pagalbą iš socialinių tarnybų dėl įvairių patiriamų iššūkių – pvz.: mažų pajamų, nedarbo, priklausomybių arba kitų ligų; nepakankamų tėvystės įgūdžių.

Vaikai į centrą ateina po pamokų, gali lankytis kiekvieną savaitės dieną. Vaikų veikla centre yra struktūruota: yra laikas, skirtas ruošti pamokas; laikas – grupinei veiklai, kuri būna skirta bendravimo įgūdžiams, savireguliacijos įgūdžiams lavinti, emocijoms pažinti. Vaikams organizuojamos įvairios laisvalaikio veiklos, jų metu vaikai mokomi prasmingai leisti laisvalaikį bei ugdytis sveikos gyvensenos įpročius: pvz.: vaikai kartu su darbuotojais sportuoja, lankosi teatre, vyksta į ekskursijas. Mokinių atostogų metu vaikams organizuojamos išvykos, o vasarą vaikai dalyvauja stovykloje. Darbuotojų ir

vaikų santykis yra gana nedidelis, apie 0,2–0,5. Tačiau darbuotojų komandą papildė suaugę savanoriai.

Darbuotojai tyrimo metu bendravo su vaikais, taikydami TBRI principus. Tyrimo metu stebėta, kad dėl žemo darbuotojų ir vaikų santykio kai kurie principai buvo sunkiai pritaikomi, pvz.: jei kažkuriam vaikui reikėjo individualaus dėmesio dėl emocijų protrūkio ar netinkamo elgesio, darbuotojai galėdavo skirti individualų laiką labai ribotai ir dažniausiai jį skirdavo vaikui, kuris tuo metu patirdavo daugiausia iššūkių. Detaliau TBRI taikymo ypatumai aptariami Rezultatų skyriuje.

3.7. Autorės indėlis

Lietuvos bioetikos komiteto leidimas tyrimui	100 proc.
Tyrimo centrų parinkimas	100 proc.
Tiriamųjų atranka	100 proc.
TBRI mokymai ir atvejų aptarimai centrų komandoms	100 proc.
Pusiaus struktūruoto klinikinio psichiatrinio interviu tėvams / globėjams, klinikinio psichiatrinio interviu vaikams bei TBRI metodo naudojimo klausimyno sudarymas	100 proc.
Klinikiniai interviu su tėvais / globėjais	100 proc.
Klinikiniai interviu su vaikais	100 proc.
SDQ, CBCL 6/18, TRF 6/18 anketų bei klinikinių interviu duomenų apdorojimas, interpretavimas	100 proc.
CAI interviu atlikimas	25 proc.
CAI interviu transkribavimas	30 proc.
CAI interviu kodavimas	0 proc.
Statistinė duomenų analizė	80 proc.
Žodinių, stendinių pranešimų ruošimas	90 proc.
Straipsnių ruošimas	90 proc.

3.8. Interesų konfliktas

Šio darbo autorė vedė TBRI mokymus bei atvejo aptarimus tyrimo centrų komandoms. Taip pat pati ėmė interviu iš centrų darbuotojų apie TBRI metodą, jo naudojimą. Darbo autorė yra tvirtai įsitikinusi TBRI metodo teigiamu poveikiu, taigi ši teigiama nuostata metodo atžvilgiu galėjo turėti įtakos tyrimo šališkumui. Tačiau norima atkreipti dėmesį, kad šališkumą sumažina keli veiksniai: intervencijas taikė ne darbo autorė, o jos apmokyti centrų darbuotojai. Taip pat vertinant vaikų būseną dalyvavo nemažai kitų asmenų – Vaiko prierašumo interviu dėl jo atlikimo ir vertinimo reikalavimų atliko ir transkribavo tyrimo bendradarbiai, o juos kodavo dvi nepriklausomos mokslininkės. Taip pat anketas apie vaikų būsenas pildė ne darbo autorės apmokyti centrų darbuotojai, o vaikų tėvai bei globėjai ir mokytojai, kurie nebuvo susiję su TBRI metodu.

4. REZULTATAI

4.1. Centras A

Į tyrimą buvo įtraukti 7 tiriamieji, tačiau du iškriti. Vienas tiriamasis iškriti tyrimo pradžioje – nesutiko atlikti CAI interviu. Antras tiriamasis nesutiko atlikti pakartotinio CAI po vienerių metų.

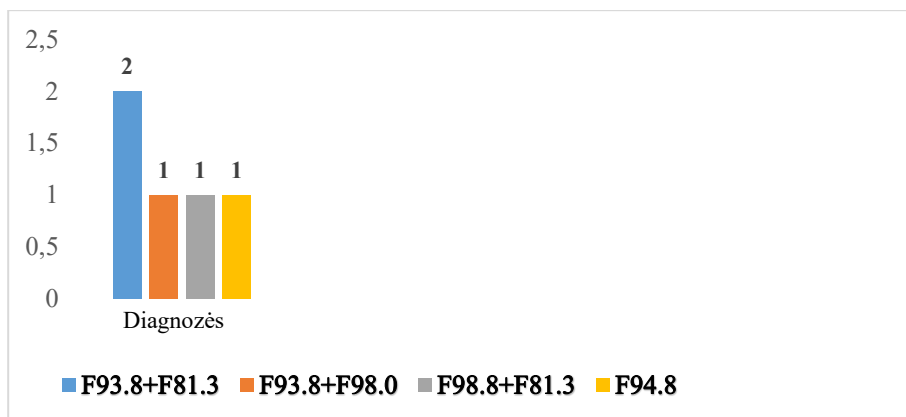
Taigi tyrime dalyvavo 5 vaikai, 3 berniukai, 2 mergaitės. Tiriamųjų amžiaus vidurkis –9,4 (SD-0,9). Visi tiriamieji praeityje buvo patyrę po keletą neigiamų vaikystės patirčių, o kai kurie tyrimo metu patyrė neigiamų patirčių. Tiriamųjų neigiamos vaikystės patirtys ir neigiami įvykiai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Tiriamųjų neigiamos vaikystės patirtys ir kiti neigiami įvykiai

Tiriamąjo kodas	Neigiamos vaikystės patirtys ir kiti neigiami įvykiai
01	<ul style="list-style-type: none">▶ Fizinė ir emocinė nepriežiūra biologinėje šeimoje▶ Buvo fizinės prievartos liudininkas biologinėje šeimoje▶ 4 metų paimtas iš biologinės šeimos▶ Santykių trauma – turėjo 2 skirtingas laikinas globėjų šeimas
02	<ul style="list-style-type: none">▶ Emocinė ir seksualinė prievarta▶ 6 metų paimtas iš biologinės šeimos▶ Pasikartojanti santykių trauma – pakeitė keturias laikinų globėjų šeimas
03	<ul style="list-style-type: none">▶ Fizinė ir emocinė nepriežiūra biologinėje šeimoje▶ Buvo fizinio smurto liudininkas biologinėje šeimoje▶ 5 metų paimtas iš biologinės šeimos▶ Pasikartojanti santykių trauma – pakeitė dvi laikinų globėjų šeimas
06	<ul style="list-style-type: none">▶ Fizinė ir emocinė nepriežiūra biologinėje šeimoje▶ Buvo tėvų konfliktų liudininkas biologinėje šeimoje▶ 1 metų paimtas iš biologinės šeimos▶ 9 metų amžiaus santykių trauma – perkeltas į kitus globos namus

Tiriamąjo kodas	Neigiamos vaikystės patirtys ir kiti neigiami įvykiai
019	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fizinė ir emocinė nepriežiūra biologinėje šeimoje ▶ Emocinė ir seksualinė prievarta biologinėje šeimoje ▶ 5,5 metų paimtas iš biologinės šeimos ▶ Patyčios mokykloje

Visi tiriamieji turėjo nustatytą psichikos sveikatos sutrikimo diagnozę, sutrikimai buvo nustatyti prieš pradėdant lankyti centrą. Trims vaikams buvo nustatyta diagnozė Kiti emocijų sutrikimai vaikystėje (F93.8), vienam – Kiti socialinio bendravimo sutrikimai, prasidedantys vaikystėje (F94.8), vienam – Dėmesio trūkumo sutrikimas be hiperaktyvumo (F98.8). Keturiems vaikams buvo nustatyta po antrą diagnozę – trims – Mišrus mokymosi sugebėjimų sutrikimas (F81.3), o vienam – Neorganinė enurezė (F98.0). Detaliau reikia žiūrėti 1 paveikslą.

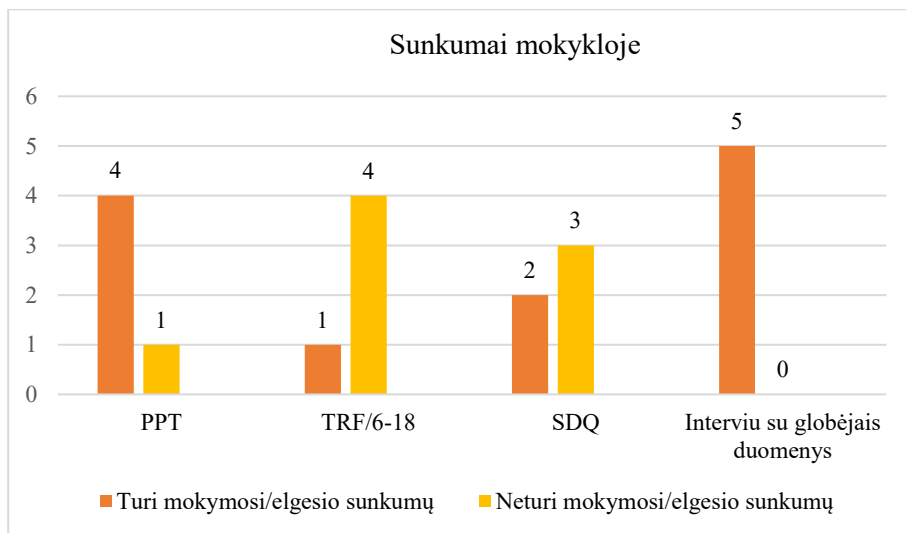


1 paveikslas. Centro A tiriamųjų diagnozių pasiskirstymas

T1 metu buvo nustatytos tiriamųjų prieraišumo klasifikacijos : trims vaikams nustatytas nesaugus vengiantis prieraišumas, dviem vaikams – dezorganizuotas prieraišumas. Buvo nustatyti tokie patys prieraišumo tipai atskiriems tiriamųjų prieraišumo asmenims. Dažniausiai vaikai prieraišumo asmenimis įvardydavo savo biologinius tėvus arba biologinius senelius.

Duomenys apie sunkumus mokykloje išsidėstė taip: keturi tiriamieji jau buvo tirti Pedagoginėje psichologinėje tarnyboje (toliau – PPT) ir turėjo nustatytą mokymosi sutrikimą. Vienas tiriamasis dar tik laukė įvertinimo PPT. Mokytojų pildytose anketose sunkumai mokykloje atsiskleidė kiek kitaip – vertinant pagal TRF/6-18 anketą tik vienas tiriamasis turėjo klinikinio lygio sunkumų, o pagal SDQ – tik du tiriamieji. Tačiau interviu metu visi

globėjai nurodė, kad vaikai turėjo arba mokymosi, arba elgesio sunkumų mokykloje. Apibendrinti mokymosi sunkumų duomenys pateikiami 2 paveiksle.



2 paveikslas. Centro A tiriamųjų sunkumai mokykloje, pagal PPT, TRF/6-18, SDQ bei interviu duomenis.

4.1.1. Pokytis po vieno metų

Šio tyrimo centro buvo gautos visos anketos – tiek iš globos įstaigų darbuotojų, tiek iš mokytojų. Tačiau T2 anketų duomenys nebuvo įtraukti į galutinę analizę dėl to, kad T2 anketų duomenys beveik nesiskyrė nuo T1 duomenų. Panašu, kad 6 mėn. (T2) pasirodė per trumpas laikas pokyčiui vertinti. Taigi pateiksime rezultatus, kurie gauti vertinant pokytį tarp T1 ir T3 metu gautų duomenų. Tačiau anketų duomenys apie TBRI elementų naudojimą, kadangi jas centro darbuotojai pildė T2 ir T3 metu, taigi ir bus pateikiamas pokytis tarp T2 ir T3.

T3 vertinimo metu gauti klinikinių interviu duomenys parodė, kad pagerėjo visų tiriamųjų elgesys, emociniai simptomai, funkcionavimas mokykloje ir bendravimas su bendraamžiais. Dviejų tiriamųjų pasikeitė prieraišumo organizacija – vieno vaiko dezorganizuotas prieraišumo tipas tapo nesaugiu vengiančiu, o kito – iš nesaugaus vengiančio tapo dezorganizuotu. Dviem tiriamiesiems truputį pagerėjo CAI saugumo skalės. CAI saugumo skalių, tarp T1 ir T3, pokytis parodytas 4 lentelėje.

4 lentelė. Centro A tiriamųjų CAI saugumo skalių pokytis T1 ir T3

Tiriamąjo kodas	Ea*	Ea	Bal	Bal	Pvz	Pvz	Konfl	Konfl	Dar	Dar
	T1	T3	T1	T3	T1	T3	T1	T3	T1	T3
01	1.5	1.5	3	3	2	1	5	3	2	2
02	2	2	2	4	2	4	2	3	1	3
03	1	1.5	1	2	3	3	3	1	2	2.5
06*	2.5	1.5	2	1	3.5	2.5	3	4	3.5	1
019**	3.5	2	4	1	3	2	3	3.5	3	3

*Ea – Emocinis atvirumas, Bal – Teigiamų / neigiamų užuominų apie PA balansas, Pvz – Pavyzdžių naudojimas, Konfl – Konfliktų sprendimas su išsprendimu, Dar – Bendros darnos skalė. *Šio tiriamąjo nesaugus prieraišumo tipas T1 tapo dezorganizuotu T3. **Šio tiriamąjo dezorganizuotas prieraišumo tipas T1 tapo nesaugiu vengiančiu T3.

T3 vertinimo metu, SDQ anketose, rūpintojų formoje, žemesni įverčiai buvo emocinių ir elgesio sunkumų bei problemų su bendramžiais skalėse, o hiperaktyvumo ir dėmesio koncentracijos sunkumų skalės išliko nepakitusios. Mokytojų pildytose formose žemesni buvo hiperaktyvumo ir dėmesio koncentracijos sunkumų bei problemų su bendraamžiais skalių įverčiai, o emocinių ir elgesio sunkumų skalių įverčiai buvo truputį aukštesni (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Centro A tiriamųjų simptomų pokytis T1 ir T3, matuojant SDQ

Skalė	T1 M (SD)		T3 M (SD)	
	Rūpintojai	Mokytojai	Rūpintojai	Mokytojai
Emociniai simptomai	3.2 (2.28)	1.4 (0.54)	2.4 (2.19)	1.6 (1.34)
Elgesio sunkumai	3.8 (2.38)	2.2 (0.44)	2.8 (0.83)	3.0 (1.58)
Hiperaktyvumas ir dėmesio koncentracijos sunkumai	6.4 (2.3)	5.8 (2.58)	6.4 (2.19)	4.8 (1.78)
Problemos su bendraamžiais	4.4 (0.54)	2.6 (1.14)	3.8 (1.3)	2.2 (0.83)

Vertinant T3, daugumos CBCL 6/18 skalių įverčiai buvo mažesni lyginant su T1. Tačiau pagal mokytojų anketas, buvo matomi aukštesni skalių įverčiai T3 (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Centro A tiriamųjų simptomų pokytis T1 ir T3 metu CBCL6/18 ir TRF 6/18 anketose

Skalė	T1 M (SD)		T3 M (SD)	
	CBCL	TRF	CBCL	TRF
Nerimastingumo / depresiškumo	7.4 (6.88)	3.2 (2.39)	4.0 (2.54)	3.6 (4.77)
Užsisklendimo / depresiškumo	3.0 (1.58)	2.2 (0.84)	3.4 (1.67)	3.8 (4.65)
Socialinių sunkumų	6.6 (3.84)	3.0 (1.22)	5.0 (2.12)	2.6 (1.51)
Mąstymo sunkumų	3.2 2.39	1.2 (0.45)	1.0 (0.0)	1.4 (0.89)
Dėmesio sunkumų	6.8 (1.64)	16.6 (4.51)	6.2 (1.31)	19.0 (4.00)
Taisyklių laužymo	8.8 (4.97)	4.2 (2.17)	5.0 (1.87)	4.2 (3.7)
Agresyvaus elgesio	14.2 (9.76)	5.2 (2.59)	10.6 (3.78)	8.6 (9.07)

Apskaičiavus standartizuotą individualų pokytį (SID) SDQ globėjų duomenimis, gauti rezultatai, jog tik 06 tiriamajam reikšmingai sumažėjo problemų su bendraamžiais (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Centro A tiriamųjų globėjų pildytų SDQ SID

Tiriamąjo ID	Emociniai sunkumai SID	Elgesio sunkumai SID	Hiperaktyvumas SID	Problemos su bendraamžiais SID
01	1,16	-0,76	0,00	0,00
02	-0,39	1,13	1,63	0,66
03	-0,77	0,00	0,00	-0,66
06	0,00	-0,76	-0,82	-1,98
019	-1,55	-1,51	-0,82	0,00

Apskaičiavus standartizuotą individualų pokytį CBCL duomenimis, gauti rezultatai, kad 019 tiriamajam reikšmingai sumažėjo nerimastingumo / depresiškumo, mąstymo sunkumų, taisyklių laužymo ir agresijos skalių įverčiai (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. Centro A tiriamųjų CBCL SID

Tiriamąjo ID	Ner./ Depres. SID	Užsisklend./ Depres. SID	Soc. sunk. SID	Mąst. sunkumų SID	Dėmesio sunkumų SID	Taisykl. lauž. SID	Agresyvaus elg. SID
01	0,000	-0,869	0,000	-0,419	0,000	-1,006	-0,485
02	-1,205	-0,434	0,911	0,000	0,513	0,000	0,000
03	0,000	1,737	-0,228	-1,257	-2,052	-0,201	0,646
06	0,000	0,000	-0,683	-0,419	0,000	-0,201	-1,131
019	-2,209	0,434	-1,821	-2,513	0,000	-2,415	-1,939

Apžvelgę bendrus tyrimo centro A rezultatus, kitame skyrelyje detaliau aptarsime du atvejus, kai tiriamų vaikų prieraišumo tipas pasikeitė per vienus tyrimo metus.

4.1.2. Atvejai, kai prieraišumo klasifikacija pasikeitė per vienus metus

Adomas (pseudonimas) – 9 metų berniukas

T1 vertinimo metu Adomas kentėjo dėl lėtinių pykčio su agresija (žmonių ir daiktų atžvilgiu) protrūkių; jam buvo būdingas seksualizuotas elgesys; neigiamas savęs vertinimas; dirgli nuotaika; bendravimo su bendraamžiais problemos; mokymosi sunkumai; naktinės enurezės epizodai. Šiuos simptomus pažymėjo jo globos namų darbuotojos anketose: visose SDQ skalėse nurodė problemas. CBCL6/18 klausimyne nerimastingumo / depresiškumo; socialinių ir mąstymo sunkumų bei taisyklių laužymo ir agresyvaus elgesio skalės buvo nuokrypio zonoje. Vaiko mokytoja nurodė elgesio ir bendravimo su bendraamžiais sunkumus SDQ klausimyne, TRF6/18 – bendravimo su bendraamžiais sunkumus ir motyvacijos mokytiis stoką. Pats berniukas įvardijo enurezės problemą.

Adomas buvo paimtas iš šeimos 5,5 metų amžiaus. Biologinėje šeimoje patyrė fizinę ir emocinę nepriežiūrą. Tikėtina, kad patyrė ir seksualinę prievartą. Adomo biologinė mama priklausoma nuo alkoholio, o biologinis tėvas – nuo opioidinių narkotikų.

T1 vertinimo metu Adomui buvo nustatytas dezorganizuotas prieraišumo tipas, o T3 vertinimo metu – dezorganizacijos požymių nebuvo ir nustatytas nesaugus vengiantis prieraišumo tipas. Be šio teigiamo pokyčio prieraišumo sistemoje, buvo ir ryškus klinikinis pagerėjimas – tai nurodė jo globos namų darbuotojos. Apskaičiavus standartizuotą individualų pokytį CBCL duomenims, gauta, jog reikšmingai sumažėjo Adomo nerimastingumo / depresiškumo, mąstymo sunkumų, taisyklių laužymo bei agresijos skalių įverčiai. TRF6/18 anketoje mokytoja nurodė, kad taisyklių laužymas buvo ribos zonoje. Globos namų darbuotojos taip pat informavo, kad buvo sumažėję enurezės epizodų.

Berniukas terapinėje programoje 55 dienas dalyvavo gyvai, o 66 dienas – virtualiai – dėl COVID-19 pandemijos apribojimų. Kai buvo pastebėta, jog šio vaiko būseną labai pagerėjo po vieno metų, taip pat nustatyta, kad jis turėjo net keletą papildomų palaikančių veiksmų, kurie galėjo lemti teigiamą pokytį. Tyrimo metais berniukas buvo supažindintas su būsimais globėjais. Pasak globos namų darbuotojų, berniuko ir būsimų globėjų santykis buvo stabilus ir šiltas, o vaikas apie šiuos žmones kalbėjo kaip apie būsimus tėvus. Būsiami

globėjai buvo pradėję teisinį globos procesą ir vaikas buvo ruošiamas persikelti gyventi su jais. Berniukas dienos centro lankymo metu tęsė kassavaitines terapijas su savo psichoterapeute (terapiją lankė jau trečius metus). Dvi vaiko globos namų darbuotojos, kurios tiesiogiai dirbo su berniuku, baigė TBRI mokymus ir bandė taikyti įgytas žinias savo darbe, taigi vaikas patyrė panašų bendravimo modelį ir globos namuose, ir Psichosocialinės reabilitacijos centre.

Tomas (pseudonimas) – 10 metų berniukas

T1 vertinimo metu Tomui buvo būdingi lėtiniai ir stiprūs pykčio su fizine agresija protrūkiai, prieš žmones ir daiktus. Jis kentėjo nuo liūdno nuotaikos, save žalojančio elgesio, turėjo prisitaikymo prie aplinkos ir mokymosi sunkumų. SDQ anketoje globos namų darbuotojos pažymėjo vidutinės rizikos elgesio ir bendravimo su bendraamžiais sunkumus. TRF6/18 formoje mokytoja pažymėjo, kad berniukas buvo impulsyvus, jam trūko pasitikėjimo savimi, motyvacijos bei turi dėmesio sunkumų.

Tomas vienu metų amžiaus buvo atskirtas nuo savo biologinės šeimos. Pirmaisiais gyvenimo metais jis patyrė fizinę ir emocinę nepriežiūrą. Jo biologinė mama turėjo priklausomybę nuo alkoholio. Berniukas buvo konfliktų šeimoje liudininkas. Tomo biologiniai tėvai retai ir nenuosekliai su juo bendravo jam augant globos namuose, tačiau kai Tomui buvo maždaug 9 metai, tėvai pradėjo teisinį procesą susigrąžinti prarastas tėvystės teises.

9 metų Tomas buvo perkeltas į kitus globos namus, taigi patyrė santykių traumą, nes pasikeitė ir globos namų darbuotojai, o su keliais ankstesnių globos namų darbuotojais Tomas turėjo tvirtą ir šiltą santykį.

T1 vertinimo metu Tomui buvo nustatytas nesaugus vengiantis prieraišumo tipas, o T3 – dezorganizuotas. CAI saugumo skalių įverčiai sumažėjo, išskyrus konfliktų sprendimo skalę.

Svarbu pažymėti, kad Tomo T3 vertinimas vyko tik maždaug mėnesiui likus iki jo perkėlimo gyventi su biologiniais tėvais. Berniuko atvejis yra išskirtinis – jo biologiniai tėvai po 9 metų pradėjo siekti susigrąžinti tėvystės teises. Šis tėvų siekis sutapo su vaiko Psichosocialinės reabilitacijos centro lankymu bei šiuo moksliniu tyrimu.

Tomo globos namų darbuotoja T3 vertinimo metu nurodė, kad berniuko būseną pagerėjo – jam rečiau įvykdavo pykčio protrūkių, jis lengviau priimdavo kompromisus ir labiau įsitraukė į mokymosi procesą. Apskaičiuotus standartizuotą individualų pokytį (SID) SDQ globėjų duomenimis, gauti rezultatai, jog būtent Tomui reikšmingai sumažėjo problemų su bendraamžiais. T3 interviu metu berniukas įvardijo, kad jam geriau sekasi susireguliuoti.

Tyrimo metu vaikas baigė pradinę mokyklą ir perėjo į 5 klasę, taigi pasikeitė mokytojai. T3 vertinimo metu naujoji mokytoja TRF6/18 anketoje nurodė, kad užsisklendimas / depresiškumas buvo nuokrypio zonoje, o nerimastingumas / depresiškumas ir agresyvus elgesys – ribos zonoje.

Tomas lankė centrą A 107 dienas gyvai.

4.1.3. TBRI metodo elementų naudojimas

TBRI klausimyną pildė šeši Centro A darbuotojai: keturi socialiniai darbuotojai ir dvi psychologės. Atkreiptinas dėmesys, kad psychologės su vaikais bendraudavo ne tik psichologinių konsultacijų metu, bet ir būdavo kartu grupinių užsiėmimų metu, taip pat valgymo, buvimo lauke metu bei esant poreikiui taikyti fizines intervencijas.

Pastebėta, kad jau T2 vertinimo metu darbuotojai daugumą ryšio užmezgimo principų naudojo *visada*, o T3 metu – dar daugiau ryšio užmezgimo elementų buvo naudojama *visada*. Įgalinimo principo elementų T3 metu daugiau buvo naudojama *visada*. O elgesio principų elementų T3 metu daugiau buvo naudojama *visada*, nei T2 (žr. 7 lentelę)

7 lentelė. TBRI elementų naudojimas T2 ir T3 metu centre A

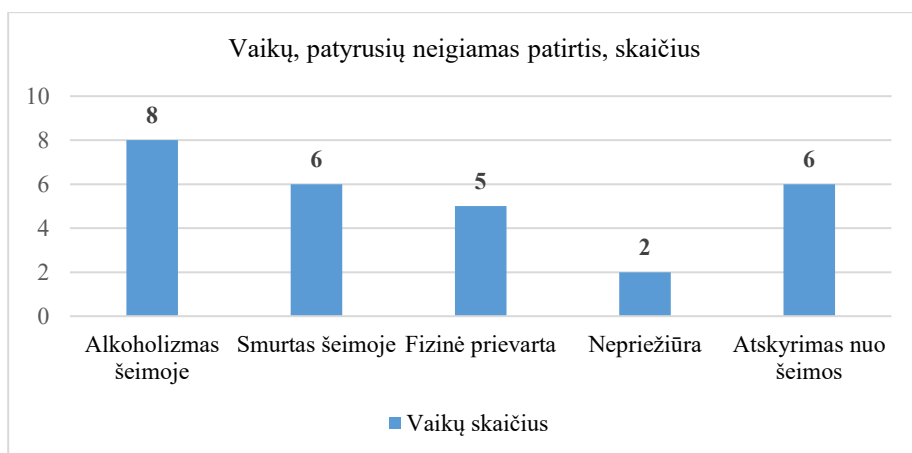
	T2		T3	
	M*	SD	M	SD
Ryšio užmezgimo principai:				
Kartais	1.3	0.6	1.3	0.6
Dažnai	1.8	1.2	1.7	1.1
Visada	4.5	1.1	5.1	0.7
Įgalinimo principai:				
Kartais	1.5	1.0	1.0	0
Dažnai	2.7	1.2	1.9	0.7
Visada	3.1	1.2	4.9	0.7
Elgesio korekcijos principai:				
Kartais	1.3	0.6	1.2	0.5
Dažnai	3.0	1.5	2.1	1.2
Visada	2.9	1.9	3.9	1.8

4.2. Centras B

T1 vertinimo metu buvo gautos beveik visos formos – trūko tik vienos tiriamosios mokytojos formų.

T2 anketų duomenys nebuvo įtraukti į galutinę analizę, nes trūko net 8 iš 12 mokytojų anketų duomenų. T3 vertinime taip pat trūko net 50 proc. mokytojų anketų, taigi jos nebuvo įtrauktos į galutinę analizę. Vadinasi, pokytis tarp T1 ir T3 bus parodytas pagal tėvų anketų duomenis, išskyrus aprašant individualų atvejį (pseudonimas Jonas), nes šiuo atveju buvo gautos ir mokytojos anketos T3 metu.

T1 vertinimo metu atsiskleidė, kad visi tiriamieji vaikai turėjo po dvi ir daugiau neigiamų vaikystės patirčių: buvo patyrę fizinę prievartą, fizinę ir emocinę nepriežiūrą; smurtavimą šeimoje; tėvai dažnai turėjo priklausomybę alkoholiui; pusė tiriamųjų (6 vaikai) buvo patyrę laikiną atskyrimą nuo šeimos. Neigiamos vaikystės patirtys pavaizduotos 3 paveiksle.



3 paveikslas. Centro B tiriamųjų neigiamos vaikystės patirtys

Išanalizavus interviu ir anketų duomenis, net 9 tiriamieji atitiko psichikos sveikatos sutrikimų diagnozės kriterijus (žr. 9 lentelę). Svarbu atkreipti dėmesį, kad nė vienas iš šių vaikų nebuvo konsultuotas vaikų ir paauglių psichiatro anksčiau. Tik vienas vaikas buvo konsultuotas vaikų neurologo.

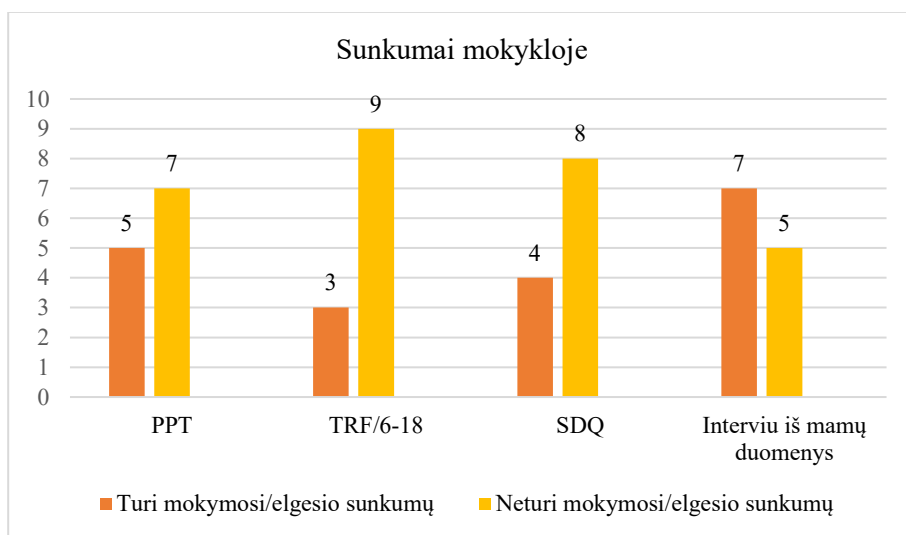
9 lentelė. Centro B aprašomieji tiriamųjų duomenys

Amžius, vidurkis, (SD)	Pagal lytį	Neigiamos vaikystės patirtys, vidurkis	Diagnozės Pagal TLK-10AM			Dienos centro lankymas dienomis vidurkis, SD	Prieraišumo organizacija T1
9.4 (0.99)	9 bern. 3 merg.	2	7- F93.8 ¹ (6 bern.,1 mergaitė)			62.9; 32.2 ²	7 Nesaugūs vengiantys 1 Nesaugus nerimastingas 4 Deorganizuoti
			1bern. F93.8+F90.0	1bern. F93.8+F95.1	1merg. F93.8+F98.0		
			1 bern. -F98.0				
			1 merg. -F94.0				

F93.8 Kiti emocijų sutrikimai vaikystėje; F90.0 – Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas; F95.1 –Lėtinis motorinis tikas; F98.0 – Neorganinė enurezė; F94.0 – Elektyvusis mutizmas ². Viena tiriamoji lankė centrą tik 9 dienas per metus, dėl to SD skaitinė reikšmė tokia didelė.

Vyraujantys emocijų sutrikimo simptomai buvo tokie: pykčio protrūkiai (keletui vaikų buvo būdinga fizinė agresija) mokykloje, namuose ar dienos centre; suicidinės mintys ar grasinimai; įvairios baimės; prislėgta nuotaika; atsiribojimas (tai dažniausiai pastebėdavo mokytojos). Mergaitėi, kuriai buvo nustatyta elektyvaus mutizmo diagnozė, mutizmo simptomus nurodė mokytoja, taip pat mutizmo simptomai išryškėjo CAI interviu T3 vertinimo metu: mergaitė staiga nustojo kalbėti su tyrėja ir nebekalbėjo iki pat interviu pabaigos, bet sutiko parašyti atsakymus.

Apie mokymosi ar elgesio sunkumus, patiriamus mokykloje, – 5 vaikai iš 12 turėjo PPT nustatytų sunkumų (žemesni gebėjimai, kalbos vystymosi sutrikimas; foneminė akustinė dislalija). Pagal mokytojų pildytas anketas TRF/6-18 – trims vaikams buvo būdingi klinikinio lygio užsisklendimo / depresiškumo sunkumai; vienam vaikui – klinikinio lygio dėmesio sukauptimo sunkumai. Pagal SDQ duomenis gauta, kad hiperaktyvumo ir dėmesio koncentracijos sunkumai buvo būdingi dviem vaikams; elgesio sunkumai – vienam vaikui, o problemos su bendraamžiais būdingos dviem vaikams. O iš interviu su tiriamųjų mamomis atsiskleidė, kad net septyni vaikai turėjo mokymosi ar elgesio sunkumų mokykloje. Apibendrinti duomenys pateikiami 4 paveiksle.



4 paveikslas. Centro B tiriamųjų sunkumai mokykloje – pagal PPT, TRF/6-18, SDQ bei interviu duomenis.

4.2.1. Pokytis po vieno metų

Ryškus elgesio ir emocinio funkcionavimo pagerėjimas buvo nustatytas penkiems iš 12 dalyvių – iš interviu metu gautų duomenų ir iš anketinių duomenų. Šiems penkiems dalyviams buvo nustatyti ir pakilę įverčiai CAI saugumo skalėse. Vieno iš šių penkių tyrimo dalyvių pasikeitė ir prieraišumo tipas – iš dezorganizuoto tapo nesaugiu vengiančiu. Kitų keturių tiriamųjų pagerėjo CAI saugumo skalės. Kitiems 5 tiriamiesiems buvo nustatytas mažiau ryškus pagerėjimas, tačiau trims iš jų saugumo skalės CAI irgi pagerėjo. Vieno tiriamojo prieraišumo tipas taip pat pasikeitė – iš dezorganizuoto tapo nesaugiu vengiančiu, tačiau kliniškai jo būsenai pagerėjo. Apibendrinant reikia pažymėti, kad septyniems tiriamiesiems iš 12 tiriamųjų CAI saugumo skalėse buvo nustatytas teigiamas pokytis (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Centro B tiriamųjų CAI saugumo skalių pokytis T1 ir T3

Tiriamojo kodas	Ea* T1	Ea T3	Bal T1	Bal T3	Pvz T1	Pvz T3	Konfl T1	Konfl T3	Dar T1	Dar T3
012**	4	2	2	4	2	3	2	3	2	3
013	4.5	5.5	5	5	4	5	5	5	4.5	5
014	2	2.5	2	3	1.5	2	3	4	2	2.5
016	1	2	3	3	1	2	2	3	1	3.5
08	5	6	4	5	4	4.5	4	5	3	4
09	4	5	3	4	4.5	4.5	4	4	3.5	4
018**	1	2	2	3	1	1.5	3	3.5	1	2.5

* Ea – Emocinis atvirumas, Bal – Teigiamų / neigiamų užuominų apie PA balansas, Pvz – Pavyzdžių naudojimas, Konfl – Konfliktų sprendimas su išsprendimu, Dar – bendros darnos skalė. **Šių tiriamųjų dezorganizuotas prieraišumo tipas T1 tapo nesaugiu vengiančiu T3.

T3 vertinimo metu buvo nustatyti žemesni skalių įverčiai daugumoje CBCL/6-18, lyginant su T1. Trijose skalėse (nerimastingumo / depresiškumo; socialinių sunkumų ir agresyvaus elgesio) gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Centro B tiriamųjų simptomų pokytis T1 ir T3 metu, vertinant CBCL/ 6-18

Skalė	T1		T3		Poveikio efektas
	M	SD	M	SD	
Nerimastingumo / depresiškumo	6.8	1.9	4.9*	2.0	1.05
Užsisklendimo / depresiškumo	4.0	2.9	4.2	3.8	0.05
Socialinių sunkumų	6.1	3.2	3.9*	2.6	0.57
Mąstymo sunkumų	3.8	2.9	2.2	1.9	0.61
Dėmesio sunkumų	8.9	3.8	7.5	2.1	0.38
Taisyklių laužymo	4.8	2.4	4.2	2.2	0.26
Agresyvaus elgesio	11.9	4.4	7.2*	3.3	1.22

*p reikšmė < 0.05.

Pagal SDQ duomenis, T3 vertinimo metu buvo žemesnis įvertis Problemų su bendraamžiais skalėje, o kitose skalėse nurodyti truputį didesni skalių įverčiai (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. Centro B tiriamųjų simptomų pokytis T1 ir T3 metu pagal SDQ

Skalė	T1 M (SD)	T3 M (SD)
Emociniai simptomai	2.9 (1.4)	3.7 (2.5)
Elgesio sunkumai	2.5 (1.8)	3.1 (1.9)
Hiperaktyvumas ir dėmesio koncentracijos sunkumai	5.6 (2.8)	6.0 (1.8)
Problemos su bendraamžiais	3.1 (2.4)	2.7 (1.4)

Apskaičiavus tėvų pildytų SDQ anketų standartizuotą individualų pokytį (SID), gauta, jog tik 015 tiriamajam reikšmingai sumažėjo problemų su bendraamžiais (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Centro B tiriamųjų globėjų pildytų SDQ SID

Tiriamąjo ID	Emociniai sunkumai SID	Elgesio sunkumai SID	Hiperaktyvumas SID	Problemos su bendraamžiais SID
08	0,00	0,00	0,76	0,00
09	-1,30	-1,22	-1,13	0,00
010	0,43	0,00	0,38	0,00
011	0,86	1,22	1,89	-1,32
012	0,43	-0,41	-1,13	0,00
013	0,00	-0,81	-0,76	-0,44
014	0,86	0,00	-0,38	0,88
015	2,16	-0,41	0,00	-2,64

Tiriamąjo ID	Emociniai sunkumai SID	Elgesio sunkumai SID	Hiperaktyvumas SID	Problemos su bendraamžiais SID
016	-0,43	0,00	-0,38	0,00
017	-0,86	0,41	0,00	-0,44
018	1,73	2,43	1,13	0,88
021	0,86	1,22	1,51	0,88

Apskaičiavus standartizuotą individualų pokytį remiantis CBCL duomenimis, gauta, jog keletui tiriamųjų reikšmingai sumažėjo atskirų skalių įverčiai (pažymėti žaliai), o net 4 tiriamųjų reikšmingai sumažėjo agresijos skalės įverčiai (žr. 14 lentelę).

14 lentelė. Centro B tiriamųjų CBCL SID

Tiriamąjo ID	Ner./ Depres. SID	Užsisklend./ Depres. SID	Soc. sunk. SID	Mąst. sunkumų SID	Dėmesio sunkumų SID	Taisykl. lauž. SID	Agresyvaus elg. SID
08	-3,275	-0,633	-2,113	-0,383	-0,540	-0,879	-2,572
09	-1,638	-2,217	-1,849	-2,299	-2,430	-1,758	-2,829
010	-0,546	0,950	-0,264	-2,299	0,000	-0,440	-0,772
011	0,000	-0,633	-0,264	0,000	0,000	-1,319	-0,772
012	-0,546	1,267	-1,057	0,000	-0,540	-0,879	-0,514
013	0,000	0,317	-1,585	0,000	-0,540	-1,319	-2,058
014	-2,183	-0,317	-0,264	-1,150	-1,080	0,000	-1,543
015	-1,638	0,950	-0,528	-1,150	-1,080	0,879	-2,315
016	-1,092	0,000	-0,264	-0,383	-0,270	0,440	-0,514
017	-0,546	0,000	-0,792	-0,766	0,000	0,000	-0,772
018	0,000	1,267	1,057	1,150	0,000	1,319	0,000
021	-1,092	-0,317	1,057	0,000	1,890	0,879	0,000

Apžvelgę bendrus tiriamųjų pokyčio rezultatus, toliau pereisime prie atvejų, kai dezorganizuotas prierašumas pasikeitė į nesaugų vengiantį prierašumą per vienerius tyrimo metus, aprašymo.

4.2.2. Atvejai, kai prierašumo klasifikacija pasikeitė per vienus metus

Jonas (pseudonimas), 8 m. berniukas

T3 vertinimu metu pastebėta, kad šio vaiko būseną labai pagerėjo. T1 vertinimo metu Jonui buvo būdingi pykčio su fizine agresija protrūkiai, sunkumai mokykloje (sunku išsėdėti ramiai, elgesio problemos, konfliktai su mokytoja, rašymo sunkumai); dėmesio sunkumai; suicidinės mintys ir grasinimai. T1 metu vaikui buvo nustatytos tokios diagnozės: Kiti emocijų sutrikimai vaikystėje (F93.8) bei Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas (F90.0).

Berniukas buvo tirtas Pedagoginėje psichologinėje tarnyboje, ten jam buvo nustatyti dėmesio ir emociniai sunkumai, o dėl jų – rekomenduota mokytojo padėjėjo pagalba.

Jono mama papasakojo, kad nėštumo metu ji gausiai vartojo alkoholį bei rūkė, o vaikas nuo gimimo patyrė fizinę ir emocinę nepriežiūrą bei buvo smurto tarp tėvų liudininkas. Kai Jonui buvo penkeri, jis su mama ir seserimi beveik 6 mėnesius gyveno šeimų krizių centre – kad būtų saugūs nuo tėvo smurto, kai šis būdavo neblaivus. Abu Jono tėvai yra priklausomi nuo alkoholio, tačiau pastaruosius kelis metus laikosi blaivybės.

T1 vertinimo metu Jonui buvo nustatytas dezorganizuotas prierašumas, o T3 metu – nesaugus vengiantis prierašumas. Taip pat CAI trijose saugumo (Teigiamų / neigiamų užuominų apie PA balanso, Pavyzdžių naudojimo ir Bendros darnos) skalės pagerėjo.

Jono mamos interviu ir anketų duomenys atskleidė, kad vaiko prierašumo organizacijos pokytis sutapo su klinikiniu pagerėjimu: T1 metu CBCL6/18 nerimastingumo / depresiškumo, taisyklių laužymo skalė buvo nuokrypio zonoje, o T3 – normos arba ribos zonoje. Pasak vaiko mokytojos, TRF6/18, užsisklendimo / depresiškumo, mąstymo sunkumų bei dėmesio sunkumų skalės išliko nuokrypio zonoje T3 metu. Verta paminėti, kad 2020 m. pavasarį dėl COVID-19 pandemijos apribojimų berniukas mokėsi nuotoliu namuose. Jo mokytoja užpildė klausimyną po maždaug 1,5 mėnesio, kai berniukas buvo grįžęs mokytis į mokyklą.

Buvo pastebėta, kad šis vaikas tyrimo metu turėjo papildomų palaikančių veiksmų, kurie galėjo prisidėti prie jo būsenos pagerėjimo. Visus metus berniukas lankė individualius užsiėmimus su psichologe dienos centre – taip buvo dėl to, kad darbuotojai pastebėjo vaiko sunkumus ir inicijavo psichologės konsultacijas. Dėl vaiko sunkumų jam buvo paskirtas individualus laikas su suaugusiu savanoriu – Jonas kartą per savaitę susitikdavo su savanore, su ja pamažu užsimezgė tvirtas santykis. Dėl COVID-19 pandemijos įvesto karantino šeima persikėlė gyventi iš miesto į kaimą, o interviu metu mama atskleidė, jog šis persikėlimas jiems kaip šeimai buvo pozityvus pokytis: tėvai nedirbo, leido daugiau laiko su vaikais. Šis vaikas daugiausia dienų per tyrimo metus buvo dienos centre - 93 dienas, kai centro lankymo vidurkis buvo ~63dienos per metus.

Tito (pseudonimas) atvejis – 8 metų berniukas

T1 metu vaiko mama nurodė, kad berniukui buvo naktinės enurezės epizodų bei kad jis bijojo šunų, tačiau baimė nebuvo tiek stipri, kad atitiktų fobinio nerimo sutrikimo kriterijus. CBCL6/18 visos skalės neviršijo normos

ribų. Vaiko mokytoja TRF6/18 taip pat pažymėjo, kad visos skalės atitiko normą, tačiau ranka prirašė, kad vaikas turėjo dėmesio koncentravimo sunkumų.

Berniukas turėjo neigiamų vaikystės patirčių – mama buvo prieš jį taikiusi fizinį smurtą bei vaikas buvo patėvio fizinio smurto prieš mamą liudininku. Penkerių metų būdamas Titas dėl mamos tėvystės įgūdžių stokos buvo atskirtas nuo biologinės šeimos ir 9 mėnesius augo globos įstaigoje.

T1 vertinimo metu vaikui buvo nustatytas dezorganizuotas prierašumas, o T3 – nesaugus vengiantis prierašumas. Mamos nuomone, vaikui T3 metu atsirado daugiau sunkumų – CBCL6/18 anketoje užsisklendimo / depresiškumo bei mąstymo sunkumų skalės buvo nuokrypio zonoje. Mokytojos anketų T3 nebuvo gauta.

4.2.3. TBRI metodo elementų naudojimas

Apklausus keturis dienos centro darbuotojus dėl TBRI elementų naudojimo, nustatyta, kad jau T2 vertinimo metu darbuotojai daugumą ryšio principų naudojo *dažnai* arba *visada*, o T3 metu – daugiau ryšio užmezgimo elementų buvo naudojama *visada*. Įgalinimo principo elementų T3 metu daugiau buvo naudojama *dažnai*, o elgesio principų elementų T3 metu daugiau buvo naudojama *visada* nei T2 (žr. 12 lentelę).

12 lentelė. Centro B TBRI elementų naudojimas

	T2		T3	
	M	SD	M	SD
Ryšio užmezgimo principai:				
Kartais	1.6	1.3	1.25	0.5
Dažnai	3.0	0.8	1.5	0.5
Visada	1.4	0.5	2.7	0.9
Įgalinimo principai:				
Kartais	2.6	0.9	1.3	0.6
Dažnai	1.5	0.6	1.9	0.7
Visada	2.0	0.8	2.0	1.0
Elgesio korekcijos principai:				
Kartais	1.7	0.7	1.0	0
Dažnai	2.4	0.9	2.0	0.9
Visada	1.3	0.5	2.3	0.7

5. REZULTATŲ APTARIMAS

5.1. Centras A

Tyrėme psichosocialinių intervencijų, taikytų vienus metus dienos centre, galimą poveikį vaikų iš institucinės globos įstaigų prierašumui bei bendrai psichikos sveikatai. Turint omenyje tyrimo ribotumus ir itin mažą imtį, apibendrinant reikia pažymėti, kad visų tiriamųjų elgesys, emocinis funkcionavimas, mokymosi ypatumai, bendravimo kompetencijos pagerėjo. Vieno tiriamojo dezorganizuotas prierašumas pakito – tapo nesaugiu vengiančiu prierašumu Tačiau kito vaiko nesaugus vengiantis prierašumas tapo dezorganizuotu po vienu metų. Toliau rezultatus aptarsime detaliau.

Kadangi esminis psichosocialinių intervencijų tikslas buvo daryti įtaką vaikų prierašumui – kad jis taptų saugesnis, tai darbuotojų ir vaikų santykis buvo aukštas – 0,7-1. Kaip aptarėme poskyryje „Psichosocialinių intervencijų turinys“, kiekvienas vaikas turėjo jam priskirtą „savą asmenį“ ir šis darbuotojas stengėsi kurti terapinį, pasitikėjimų grįstą ryšį su vaiku. Yra žinoma iš tyrimų, kad net vaikams gyvenant institucinės globos įstaigoje, kai yra pakankamai aukštas darbuotojų ir vaikų skaičiaus santykis, vaikų būseną pagerėja (40, 48). Taip yra dėl to, kad tokiais atvejais yra didesnė tikimybė, kad darbuotojai galės labiau atliepti globojamų vaikų poreikius. Kadangi pagal tyrime dalyvavusių vaikų anamnezės duomenis, šie vaikai stokojo stabilaus ir individualaus ryšio su suaugusiuoju, tai panašu, kad dalyvavimas psichosocialinės reabilitacijos centro programoje galėjo padėti atliepti šį poreikį.

Kaip jau aptarėme įvade, yra itin mažai duomenų apie psichosocialinių intervencijų poveikį institucinės globos namuose augantiems vaikams. Tačiau iš tyrimų su suaugusiais žinoma, jog terapinis ryšys gali turėti teigiamą poveikį prierašumui ir didinti saugumą (149, 150), todėl tikėjomės, kad dalyvavimas programoje, kurios pagrindinis akcentas ir bus terapinis ryšys, galimai turės teigiamą poveikį ir vaikų prierašumo saugumui bei psichikos sveikatai.

Iš tyrimų apie globėjų šeimose augančius vaikus žinoma, jog tam, kad vyktų teigiamas vaiko prierašumo pokytis, svarbu, jog besirūpinantis suaugęs asmuo taip pat turėtų saugų (kitaip literatūroje gali būti vadinama autonomišką) prierašumą (151). Nors neturėjome galimybės įvertinti darbuotojų prierašumo tipo, tačiau programoje buvo skiriamas ypatingas dėmesys tam, kad darbuotojai turėtų galimybę tapti saugesnio prierašumo tipo. Jau per TBRI mokymus darbuotojai turėjo galimybę tyrinėti savo santykių istoriją, o vėliau programos metu jiems buvo skiriama laiko

refleksijai – apie tai, kaip jų asmeninė istorija galėtų įtakoti santykį su vaiku. Taip pat darbuotojai dalyvaudavo grupinėse ir asmeninėse supervizijuose bei atvejo aptarimuose.

Kiek mums žinoma, iki šiol nėra duomenų apie vidurinės vaikystės amžiuje taikytas intervencijas institucinės globos įstaigose augantiems vaikams, kurios būtų skirtos jų prieraišumo saugumui gerinti.

Iš aprašomųjų duomenų pastebėjome, kad keturi vakai iš tyrimo grupės gyveno netinkamoje aplinkoje net ketverius ir daugiau metų, o institucinės globos namuose visi tiriamieji gyveno ilgiau nei ketverius metus. Yra žinoma – kuo ilgiau vaikas gyvena netinkamoje ir (ar) deprivuotoje aplinkoje, tuo labiau galima tikėtis, kad jis turės įvairių emocijų ir elgesio sunkumų (14, 16, 70, 71, 73). Visi mūsų tyrimo dalyviai turėjo kliniškai reikšmingų emocijų ir elgesio sutrikimo simptomų. Nė vienam tiriamajam nebuvo nustatyta saugaus prieraišumo.

Vieno tiriamojo (pseudonimas Adomas) būseną po vieno metų labai pagerėjo ir jo dezorganizuotas prieraišumas tapo nesaugiu vengiančiu prieraišumu. Musų vertinimu, šis vaikas greta psichosocialinės reabilitacijos centro teiktos pagalbos turėjo papildomų veiksmų, kurie taip pat galėjo turėti teigiamą poveikį jo būsenai. Prieš pradėdamas lankyti psichosocialinės reabilitacijos centrą, šis berniukas jau dvejus metus lankė individualios psichoterapijos konsultacijas kartą per savaitę. Panašu, kad vaikui šios pagalbos nepakako, nes emocijų ir elgesio sutrikimo simptomai buvo itin ryškūs ir toliau trikdė jo funkcionavimą. Kaip buvo minėta literatūros apžvalgoje, dažnai vaikams, turintiems trauminių patirčių praeityje, išsivysto sutrikimų įvairiose srityse ir jiems padėti yra reikalinga kompleksinė intervencija (37, 63, 86). Panašu, kad vienos psichoterapijos valandos per savaitę šiam ypač pažeistam vaikui nepakako. Šis berniukas per tyrimo metus susipažino su savo būsimais globėjais ir, pasak jo institucijos darbuotojų, jų santykis buvo stabilus, atliepiantis, taigi buvo pradėtas teisinis procesas ruošiantis vaiko persikėlimui gyventi su naująja šeima. Tikėtina, kad ta viltis persikraustyti gyventi į šeimą galėjo padėti vaikui pasijusti geriau – tam patvirtinti reikėtų kokybinio tyrimo. Dvi šio vaiko globos įstaigos darbuotojos dalyvavo TBRI mokymuose ir bandė taikyti TBRI elementus ir globos namuose. Taigi šis berniukas patyrė ir suaugusių taikomų metodų nuoseklumą – panašiai su juo bendrauta tiek psichosocialiniame reabilitacijos centre, tiek globos įstaigoje.

Aptarsime ir kitą atvejį – vaikui (pseudonimas Tomas), nepaisant klinikinio pagerėjimo, po vieno metų atsirado jo prieraišumo dezorganizacijos požymių, kurių nebuvo pirmojo vertinimo metu. Tomo patirtis išskirtinė globos sistemoje – po 9 metų, praleistų institucijoje, Tomas ruošėsi grįžti

gyventi į savo biologinę šeimą. Jo psichikoje atsirado dezorganizacijos požymių, nepaisant to, kad jis buvo ruošiamas persikraustyti į namus, kaip ir minėtas Adomas. Galime manyti, kad šis įvykis vaikui galėjo būti ir džiaugsmingas, ir keliantis įtampą dėl trauminių patirčių reminescencijos iš ankstyvosios vaikystės. Tyrimai apie globoje augančius vaikus rodo, kad grįžimas gyventi į biologinę šeimą savaime sunkumų neišsprendžia (152, 153). Tomo biologiniai tėvai psichosocialinės reabilitacijos programos metu buvo konsultuojami, kaip padėti vaikui išgyventi šį svarbų pokytį, tačiau neturime duomenų, kaip Tomui sekėsi po persikraustymo gyventi su tėvais.

Kitų trijų tiriamųjų būseną šiek tiek pagerėjo – tiek kliniškai, tiek pagal CAI saugumo skales matomas nežymus teigiamas pokytis. Atkreiptinas dėmesys, kad visi šie trys vaikai patyrė pakartotinių santykių traumų tyrimo metu – jie buvo įtraukti į projektą, kurio metu vykdavo į užsienį praleisti atostogų su laikinų globėjų šeima. Deja, bet per tyrimo metus šie trys vaikai buvo atmesti vienu globėjų šeimų ir kitoms atostogoms vyko į naujas šeimas. Interviu metu globos namų darbuotojai atskleidė, kad ši patirtis vaikams turėjo neigiamą poveikį. Iš tyrimų globos sistemoje žinome, kad globėjų keitimas neigiamai veikia vaikų elgesį ir emocijas (154). Pradedama sukurti ydingas ratas – vaikų elgesio problemos sietinos su neigiamais paskyrimo gyventi globėjų šeimoje padariniais – tai yra, kad globėjai dažniau bus linkę atsisakyti vaiko, turinčio ryškių elgesio sunkumų, o vaikas dėl neigiamos patirties, ypač jei dažnai keičiamos globėjų šeimos, turės sunkumų pritaipiti naujoje šeimoje (155). Iš prieraišumo teorijos perspektyvos visiškai suprantama, jog globėjų keitimas toliau trikdo vaiko saugumo jausmą bei gebėjimą pasitikėti suaugusiais ir taip didėja rizika, kad vaikas gali būti greičiau atmetas naujos globėjų šeimos. Taip pat iš aptartų tyrimų žinoma, kad, norint padėti traumas patyrusiems vaikams, ypač – institucinės globos įstaigoje augusiems, yra būtinas stabilus, nuoseklus ir vaiko poreikius atliepiantis santykis su suaugusiu asmeniu (49, 51, 156). Tyrimai rodo ir tai, jog tam, kad vaikas pasijustų saugiau ir kad globa šeimoje tęstųsi, labai svarbu tiek globėjo įsipareigojimas, tiek žinios ir įgūdžiai priimti vaiką, turintį elgesio sunkumų, tiek pagalba pačiam globėjui (155, 157, 158). Todėl iš mūsų stebėjimo duomenų kilo praktinė rekomendacija – siekiant sumažinti pakartotinio jau ir taip pažeidžiamų vaikų traumavimo riziką, planuojant naują santykį su suaugusiuoju, reikia įvertinti, ar toks santykis galėtų būti tęsiamas. Svarbu, kad būtų įvertinami būsimo globėjo įgūdžiai priimti tokį vaiką, kaip aptarėme pirmiau, nes bendravimui su tokiais vaikais reikia specifinių žinių ir asmenybės kompetencijų (svarbu, kad suaugęs asmuo būtų saugaus prieraišumo tipo), kaip jau įrodyta ir tyrimų su įtėviais duomenimis (159).

Norėtume atkreipti dėmesį, kad rūpintojų pildytose tiek SDQ, tiek CBCL anketose daugumos probleminių skalių įverčiai T3 metu sumažėjo. Tačiau mokytojų pildytų SDQ bei TRF anketų kai kuriose skalėse buvo nurodyti aukštesni įverčiai. Tikėtina, kad tai gali būti susiję su tuo, kad anketas pildė skirtingos mokytojos T1 ir T3 metu. Tai ypač tikėtina dėl vieno atvejo (pseudonimu Tomas), kuris buvo detaliam aptartas pirmiau, nes berniukas tyrimo metu perėjo į penktą klasę ir anketą T3 laiku pildė nauja penktos klasės mokytoja. Atlikus SDQ klausimyno validumo ir patikimumo tyrimą Lietuvoje, buvo nustatytos pakankamos tėvų ir mokytojų vertinimų koreliacijos, tačiau vis dėlto menka koreliacija nustatyta vertinant emocinius sunkumus (144), o šiame tyrime, T3 metu, mokytojai pastebėjo daugiau būtent emocinių ir elgesio sunkumų. Kituose SDQ klausimyno tyrimuose aprašyta, jog tarp tėvų ir mokytojų SDQ formų nustatoma silpna ar vidutinė koreliacija – taigi tai rodo, jog skirtingoje aplinkoje vaikas skirtingai atsiskleidžia, o mokytojai gali pastebėti tik dalį sunkumų (160–162). Tai tik patvirtina, kad yra svarbu rinkti informaciją apie vaiko sunkumus iš skirtingų šaltinių. Kadangi SDQ yra mažesnės apimties klausimynas nei CBCL, rekomenduojama, ypač klinikinėse imtyse, labiau remtis CBCL klausimynu (163), taigi kyla klausimas, kodėl ir TRF anketose mokytojai pastebėjo daugiau simptomų T3 metu nei T1. Apžvalginiam tyrimo, kuriame vertintas CBCL ir TRF anketų suderinamumas net 21 šalyje, pastebima, jog dažniausiai nustatoma tik nedidelė tėvų ir mokytojų anketų sutaptis, vertinant vaikus (164), ir dažniausiai tėvai pastebi daugiau vaikų sunkumų nei mokytojai. Šiame tyrime tai, kad mokytojai TRF anketose nurodė vaikus turint daugiau sunkumų nei T1 metu, gali būti susiję su tuo, kad dviem tiriamiesiems skirtingos mokytojos pildė anketas T1 ir T3 metu. Galima svarstyti, kad dėl vaikų dalyvavimo tyrime mokytojos labiau atkreipė dėmesį į vaikų sunkumus, dėl to pažymėjo daugiau sunkumų. Galima ir tokia hipotezė, kad globėjai namuose greičiau pastebėjo teigiamus vaikų būsenos pokyčius nei mokytojos. Tikėtina, kad vaikų būsenos pagerėjimas buvo labiau pastebimas namuose, o įgyti įgūdžiai dar nepakankamai įsitvirtino mokykloje, nes joje yra reikalingas aukštesnis savireguliacijos lygis dėl įvairiausių stimulų bei geresni bendravimo įgūdžiai, nes bendravimas vyksta gana didelėje bendraamžių grupėje.

Remiantis tyrimo duomenimis, CAI saugumo skalės nežymiai pagerėjo daugumos tiriamųjų, nors tiriamoji imtis nedidelė, tačiau svarbus rezultatas, jog vieno vaiko dezorganizuotas prierašumas pasikeitė į nesaugų vengiantį prierašumą. Šis stebėjimas eina išvien su jau minėtais tyrimų duomenimis, jog prierašumo sistema reaguoja į santykių patirtį (165) bei tam, kad vaikas gytų iš savo neigiamų vaikystės patirčių, reikia bent vieno santykio su

atliepiančiu suaugusiuoju (156). Iš mūsų tiriamųjų, būtent Adomo atveju, aiškiai matoma jų turėjus net keletą jų palaikančių, stabilių santykių.

5.2. Centras B

Siekėme įvertinti, kaip keičiasi vaiko prierašumo saugumas bei psichikos sveikatos rodikliai po vieno, dienos centro, kur darbuotojai su vaikais bendravo pagal TBRI metodo principus, lankymo metų. Gauti rezultatai parodė, kad daugumai vaikų (10-ies iš 12-os) psichikos sveikatos rodikliai ir prierašumo saugumo skalių duomenys pagerėjo. Turėdami omenyje tyrimo ribotumus (tai buvo mažos imties, atvejų serijų analizės metodu grįstas tyrimas), aptarsime rezultatus detaliau.

Tyrimo esminis teorinis pagrindas buvo tai, kad prierašumo sistema yra lanksti ir kad santykiai gali turėti įtakos prierašumo sistemai (3, 165). Tai atrodė dar svarbiau vidurinės vaikystės kontekste, kai greta tėvų kiti suaugusieji taip pat gali tapti reikšmingi. Šis aspektas buvo svarbus, turint mintyje šio dienos centro vaikus – nes jie dažnai šį centrą lanko ilgai (net iki suaugystės), taigi darbuotojai turi galimybę užmegzti su jais artimus santykius. Įvade minėta, kad šiame dienos centre lankosi vaikai iš socialinės rizikos šeimų, todėl jų tėvai dažnai turi daug rūpesčių ir yra menkai motyvuoti dalyvauti tėvystės įgūdžių programose. Taigi siekėme įvertinti, kokį poveikį TBRI metodu grįstas darbuotojo ir vaiko ryšys gali turėti vaiko prierašumui ir apskritai psichikos sveikatai.

Apibendrinant ir turint mintyje tyrimo ribotumus, reikia pažymėti, kad buvo pastebėta daugumos tyrimo dalyvių teigiamų pokyčių. Pagal CBCL 6/18 klausimyno duomenis, T3 metu daugumos skalių buvo žemesni įverčiai, o trijų (nerimastingumo /depresyvumo, socialinių sunkumų bei agresyvaus elgesio) skalių gautas statistiškai reikšmingas skirtumas. Tai, kad SDQ anketų, trijų skalių (emocinių, elgesio sunkumų bei hiperaktyvumo) buvo aukštesni įverčiai, galimai susiję su individualiu kai kurių atvejų pokyčiu T3 metu: pavyzdžiui, kaip buvo detaliau aprašytame atvejuje, Tito mama pastebėjo daugiau simptomų T3 metu nei T1. Nors SDQ anketa pakankamai validi ir patikima nustatyti galimus sunkumus, vis dėlto tai yra pirminės atrankos anketa (angl. *screening*), todėl, išryškėjus skirtumų, rekomenduojama remtis platesnį simptomų spektrą apimančia CBCL anketa (163).

Kėlėme hipotezę, kad po vieno metų CAI saugumo skalėse matysime teigiamą pokytį ir iš tikrųjų – septynių dalyvių iš dvylikos trijų ir daugiau skalių įverčiai buvo pagerėję. Bendros darnos skalė pagerėjo visų septynių dalyvių. O dviejų dalyvių dezorganizuoto prierašumo klasifikacija pasikeitė

– jis tapo nesaugiu vengiančiu prieraišumu. Būtent šie rezultatai yra itin aktualūs, nes dezorganizacijos požymiai CAI yra suvokiami kaip kokybinis, dezorganizuoto prieraišumo tipo skirtumas nuo kitų tipų. Mūsų tyrime šis pokytis – iš dezorganizuoto prieraišumo į nesaugų vengiantį prieraišumą buvo nustatytas, nepaisant to, kad nebuvo taikytos intervencijos su tėvais. Kaip jau apžvelgėme literatūros analizėje, būtent dezorganizuotas prieraišumas dažniausiai siejamas su įvairiais būsimais sutrikimais. Aprašyta, kad yra galimas dezorganizacijos perdavimas iš kartos į kartą (166). Taip pat mokslininkai svarsto, jog būtent dezorganizuoto prieraišumo atveju yra reikalingos intervencijos, siekiant, kad šis prieraišumo tipas keistųsi (167). Literatūros apžvalgoje buvome aptarę, kad daugiausia aprašyta ankstyvųjų (iki 6 metų amžiaus) intervencijų dezorganizuotam prieraišumui veikti, yra skirtos pagrindiniams vaiko prieraišumo asmenims, t. y. tėvams, globėjams ar itėvams. Taip pat yra duomenų apie prieraišumu grįstas intervencijas globos namuose augantiems ar įvaikintiems vaikams ir šių intervencijų esmė yra gerinti globėjų bei itėvių tėvystės įgūdžius (168–171). Yra duomenų apie prieraišumo teorija grįstos psichosocialinės intervencijos teigiamą poveikį pradinės mokyklos vaikų elgesiui (172). Tačiau neradome duomenų apie būtent vidurinės vaikystės amžiuje taikytas prieraišumo teorija grįstas intervencijas, pasitelkiamas daryti įtaką dezorganizuotam prieraišumui.

Kadangi prieraišumo vertinimui, pasitelkiant CAI, reikia daug laiko ir žmogiškųjų išteklių (interviu turi atlikti vaikui nepažįstamas asmuo; vėliau interviu transkribuojamas ir jį koduoja sertifikuotas koduotojas), mūsų žiniomis, nėra duomenų apie atliktus tyrimus, kai CAI buvo naudojamas prieš ir po intervencijos. Metaanalizės studijoje, kuri tyrė prieraišumo stabilumą ir pokytį ankstyvoje vaikystėje (iki 6 metų amžiaus), buvo nustatyta, kad dezorganizuotas ir nesaugus prieraišumo tipai gali kisti (167). Kaip aprašėme literatūros apžvalgoje, vidurinėje vaikystėje vyksta prieraišumo sistemos pokyčiai (19, 173, 174), tačiau duomenų apie pokyčius šiuo amžiaus tarpsniu – mažai. Radome vieną longitudinalinį tyrimą, aprašantį prieraišumo pokyčius nuo 10 m. iki ankstyvosios paauglystės. Šiame tyrime buvo naudotas Prieraišumo interviu vaikams ir paaugliams (angl. *Attachment Interview for Childhood and Adolescence*, toliau AICA) ir tyrėjai nustatė, jog saugaus ir nesaugaus vengiančio prieraišumo tipai išliko gana stabilūs, o nesaugus nerimastingas bei dezorganizuotas – buvo mažiau stabilūs (175).

Aprašomieji tyrimo duomenys parodė, kad visi tiriamieji yra patyrę neigiamų vaikystės patirčių ir, kaip ir manyta, daugumai vaikų buvo būdingi elgesio ir emocijų sutrikimų simptomai, net devyni tiriamieji iš dvylikos atitiko psichikos sveikatos sutrikimų diagnostinius kriterijus. Nebuvo nustatyta nė vieno tiriamojo, turinčio saugų prieraišumą. Peršasi išvada, kad

bendraujantiems su tokiais vaikais dienos centre dirbuotojams yra reikalingos specifinės kompetencijos, kad jie galėtų atliepti šių pažeidžiamų vaikų poreikius. Darbuotojai T3 vertinimo metu taikė daugumą TBRI elementų, taigi panašu, kad metodas gali tikti atliepiančioms tokių pažeidžiamų vaikų poreikius.

Tai buvo pirmasis tyrimas TBRI metodo lauke, kai vertintas galimas prieraišumo sistemos pokytis tam pasitelkiant ne anketinį vertinimą, o interviu metodą – CAI. Kadangi esminis TBRI tikslas padėti suaugusiam asmeniui užmegzti pasitikėjimu grįstą ryšį ir per tokį ryšį padėti vaikui pasijusti saugesniam, tai logiška tikėtis, kad vaiko prieraišumo rodikliai taps saugesni, taikant TBRI. Labai rekomenduojama, kad TBRI naudotų pirmiausia tėvai su savo vaikais namuose, todėl daugiausia tyrimų ir yra apie tai, kaip tėvai ar įtėviai naudoja TBRI namuose. Mūsų tyrimo rezultatai yra panašūs į vienus iš pirmųjų TBRI tyrimų apie teigiamą dienos stovyklos įtaką vaikų prieraišumui (49, 51). Dėl mažos imties mūsų tyrimo rezultatai yra preliminarūs, tačiau jie teikia vilties ir rodo, jog dirbuotojams taikant TBRI galima tikėtis teigiamų vaikų prieraišumo bei elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų pokyčių.

5.3. Bendrų rezultatų aptarimas

Apibendrinant gautus rezultatus, reikia pažymėti, kad vaikai, dalyvavę centro B imtyje, pasirodė turintys ryškių elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų įvairiose srityse (emocijų, elgesio, bendravimo, mokymosi). Taigi panašu, kad, siekiant atliepti jų poreikius, yra reikalingos specifinės, prieraišumo ir traumų psichologijos žiniomis grįstos intervencijos (37, 86, 117, 119, 130). Galima teigti, kad, apmokę šio dienos centro dirbuotojus TBRI metodo, atliepėme ir dirbuotojų kompetencijų, teikiant psichologines intervencijas, poreikį, ir DC lankančių vaikų poreikius.

Norime atkreipti dėmesį, kad nė vienas šių vaikų nebuvo konsultuotas vaikų ir paauglių psichiatro prieš tyrimą, nors net devyni tiriamieji iš dvylikos pasirodė turį kliniškai reikšmingų elgesio ar emocijų sutrikimų simptomų. Galima galvoti apie vis dar išliekančią kreipimosi į psichikos sveikatos specialistus stigmą (176–178). O iš prieraišumo teorijos perspektyvos galima numanyti, jog kadangi visiems tirtiems vaikams buvo nustatytas nesaugus arba dezorganizuotas prieraišumas, tikėtina, kad jų tėvams taip pat buvo būdingas nesaugus prieraišumas (166). Yra žinoma, kad nesaugus prieraišumas yra susijęs ir su vengimu kreiptis pagalbos į specialistus, taigi galima teigti, kad tai taip pat galėjo būti susiję, kodėl tėvai pagalbos į vaikų ir paauglių psichiatrą nesikreipė (179, 180).

Centro A tiriamųjų grupės vaikai buvo patyrę ilgalaikių (apie 4 metus) traumuojančių patirčių biologinėse šeimose ir visi tiriamieji ilgiau nei 4 metus gyveno institucinės globos įstaigose. Kaip jau aptarėme, tokiems daugybinės traumas patyrusiems vaikams yra reikalinga kompleksinė pagalba (37, 117, 130). Reikia pabrėžti, kad psichosocialinės reabilitacijos programos metu šie vaikai gavo kompleksines paslaugas – dalyvavo programoje (joje buvo ir individualios muzikos ar dailės terapijos sesijos, globėjų konsultacijos), vyko tęstinis darbas su psichologu – psichoterapeutu. Pagal detaliai aprašyto sėkmingo atvejo (pseudonimu Adomas) eigą matoma, kad greta dalyvavimo psichosocialinės reabilitacijos programoje berniukas turėjo papildomų palaikančių veiksnių, kurie tikėtina prisidėjo prie vaiko būsenos kismo sėkmės. Aprašyti atvejai apibūdina institucinės globos įstaigose gyvenančių vaikų išgyvenamus ir juos veikiančius pokyčius (globėjų, institucinės globos įstaigų kaita) bei jų situacijų kompleksiskumą. Šios išvados atspindi teorinėje dalyje aptartas išvalgas, jog tokiems vaikams yra būtina kompleksinė pagalba.

Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad mūsų tyrimo metu abiejose grupėse buvo po vieną ar kelis atvejus, kai per vienus metus pastebėjome, jog dezorganizuotas prieraišumo tipas pasikeitė į organizuotą (nesaugų vengiantį). Šis radinys yra ir naujas, ir aktualus, ir teikia vilties – net ir itin pažeidžiamų vaikų prieraišumas gali keistis teigiama linkme ir šiame vidurinės vaikystės amžiuje. Pastarieji rezultatai sutampa su naujausiais prieraišumo teorijos suvokimais – manoma, jog prieraišumo sistema yra lanksti, reaguoja į santykių patirtis (165, 167).

Dėl TBRI metodo elementų naudojimo reikia pažymėti, kad abiejuose centruose darbuotojai taikė daugumą TBRI metodo elementų. Iš taikymo duomenų panašu, kad metodas iš esmės buvo priimtinas abiejų centrų darbuotojams. Tikėtina, kad tai yra dėl metodo universalumo, tai neseniai buvo atskleista, aprašant TBRI diegimą Ruandoje (133). Metodo naudojami elementai atitinka natūralią vaiko raidą, taigi dėl to irgi gali būti lengva juos naudoti. Pagal darbuotojų atsakymus nestruktūruotoje klausimyno dalyje apie TBRI metodo naudojimą, panašu, kad TBRI metodą buvo gana lengva perprasti, nes jis atitiko esmines ir jau turėtas darbuotojų vertybes. Centro B darbuotojai įvardijo, kad „santykis ir anksčiau buvo mūsų būdas padėti vaikui“. O tai, kad pagal TBRI yra pabrėžiama, jog vaikas turi jausti esąs iš esmės vertinamas, toks koks yra, viena centro B darbuotoja įvardijo, kad „mums ir anksčiau nebuvo nurašytų vaikų, svarbu tikėti kiekvienu, kad kiekvienas gali ir kitaip, kad ir koks jo elgesys“. TBRI mokymų metu daug dėmesio yra skiriama suaugusiajam – refleksijai apie savo santykių istoriją ir įsisąmoninti, kas ir kaip veikia suaugusįjį, kas padeda susireguliuoti. Darbuotojai dalijosi, jog dėl savirefleksijos („kai viską perleidi per save“),

darbo su savimi, atvejo aptarimų, tampa lengviau naudoti metodą. Pastebėta, kad dėl to, jog gerokai skyrėsi darbuotojų ir vaikų skaičiaus santykis abiejuose centruose (Centre A buvo 0.7–1, o centre B – 0.2–0.5) skyrėsi TBRI intervencijos naudojimo galimybės. Centro B darbuotojai įvardijo, kad kai kurių elementų (pvz.: skirti individualaus dėmesio vaikui; greitai reaguoti į netinkamą elgesį) negalėjo taikyti būtent dėl labai mažo darbuotojų skaičiaus, pvz.: vienu metu keliems vaikams reikėtų skirti individualų dėmesį, tai, pasak darbuotojų, tuomet „eini ten, kur karščiau“. Centro A darbuotojai TBRI elementų naudojo dažniau ir daugiau nei centro B. Centro A darbuotojai irgi dalijosi, kad metodą priėmė natūraliai, tik tapo dar sąmoningesni dėl santykio svarbos – pasak vienos darbuotojos: „ir šiaip gal darytum, bet darai labiau sąmoningai“. Jei kai kuriuos elementus naudodavo rečiau, tai buvo paaiškinama skirtingomis pareigomis – pavyzdžiui, psichologės dalijosi, kad jos mažiau prisimindavo pasirūpinti vaiko fiziologiniais poreikiais, tačiau taip buvo dėl to, kad socialiniai darbuotojai, kurie turėjo vaiko „savo asmens“ vaidmenį, labiau rūpindavosi vaikų fiziologiniais poreikiais. Svarbu ir tai, jog net esant gana dideliame darbuotojų – vaikų skaičiui šiame centre, darbuotojai vis dėlto patirdavo žmogiškųjų išteklių stoką, pavyzdžiui, dėl vaikams vykstančių emocinių krizių, kai reikėdavo fizinių intervencijų ir darbuotojai susitelkdavo prie vaiko, išgyvenančio krizę, tada negalėdavo pakankamai atsižvelgti į kitų vaikų poreikius.

Dėl tyrimo dizaino ribotumų, mažos tyrimo imties ir dėl to, kad abiejų tyrimo centrų tiriamųjų skaičius labai skiriasi, negalima patikimai palyginti abiejuose centruose teiktos pagalbos poveikio. Tačiau mums atrodo svarbu pateikti išvagas, kurių kilo apibendrinant abiejų centrų tyrimo rezultatus. Dėl įvardytų ribotumų šios išvagos yra preliminarios, pagrįstos atlikto tyrimo ir klinikinė patirtimi. Taigi, svarbu yra tai, jog centro B tiriamųjų grupės dauguma vaikų turėjo daug kliniškai reikšmingų simptomų, nors oficialiai jiems ir nebuvo nustatyta elgesio ar emocijų sutrikimo simptomų diagnozės. Aprašėme anksčiau, kad centro B tiriamųjų tėvai galimai nesikreipė pagalbos į vaikų ir paauglių psichiatrą dėl stigmatos bei dėl įvairių šias šeimas slegiančių sunkumų (36, 42, 43). O centro A tiriamųjų globos įstaigų atstovai galimai greičiau kreipėsi į vaikų ir paauglių psichiatrą, nes yra tikėtina, kad dėl darbo su globojamais vaikais patirties gerai išmano pagalbos tokiems vaikams poreikį bei Lietuvoje veikiančią pagalbos sistemą. Užsienio literatūroje aprašyta, kad globėjai, labiau įsipareigoję globai, pastebi daugiau vaikų sunkumų (181). Taigi tai, kad centro A tiriamiesiems buvo nustatytos elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų diagnozės, o centro B – ne, panašu, kad nenusako realaus sutrikimų stiprumo laipsnio. Pagal klinikinį vertinimą, galime teigti, jog pagal sutrikimų simptomus ir sutrikimų ryškumą abiejų

centrų tiriamieji vaikai buvo panašūs. Tačiau, nors centro B vaikai praecityje buvo patyrę atskirimą nuo biologinių tėvų, tačiau tyrimo metu visi gyveno šeimose –tai yra esminis abiejų centrų tiriamųjų skirtumas.

Aptarėme, kad centras B teikė pagalbą pagal TBRI, o labiau sutrikusiems vaikams papildomai buvo siūlomos psichologo konsultacijos ar individualūs susitikimai su savanoriu. Centras B turėjo daug mažiau žmogiškųjų išteklių nei centras A, tačiau daugumos tiriamųjų vaikų būseną, kaip ir centre A, pagerėjo. Aprašydami abiejų centrų atvejus, kai pasikeitė vaikų prieraišumo organizacija, taip pat matėme, jog abiejuose centruose buvo atvejų, kai dezorganizuotas prieraišumas pasikeitė ir tapo – organizuotu (nesaugiu – vengiančiu). Taigi centre B nustatyti tokie patys vaikų būsenos pagerėjimai kaip ir centre A. Įdomu, kad abiejuose centruose buvo po vieną atvejį (centre A – Adomas, centre B – Jonas), kurie gana panašūs pagal savo simptomus ir būseną T1 metu. Ir būtent šių dviejų vaikų teigiamas būsenos pokytis T3 metu irgi labai panašus. Dėl tyrimo ribotumų negalime plačiai apibendrinti rezultatų, tačiau, aptarus abiejų centrų rezultatus, kyla klausimas, ar gali būti, jog vaikams, turintiems kliniškai reikšmingų simptomų, galėtų pakakti nuoseklaus dienos centro lankymo, kuriame darbuotojai taikytų TBRI? Gauti rezultatai leidžia kelti prielaidą, kad galimai įprasti savivaldybių dienos centrai, įgiję pakankamai kompetencijų (pvz.: apmokyti TBRI ar kito traumų psichologijos mokslu grįsto metodo), galėtų tapti pirmu laipteliu, teikiant pagalbą tokiems vaikams. Centras A teikė ir tęsia veiklą, teikdamas kompleksinę pagalbą vaikams, turintiems ypač ryškių elgesio ir emocijų sutrikimų simptomų, taigi panašu, kad šis centras ir galėtų būti tas, į kurį būtų siunčiami vaikai, kuriems nepakanka lankyti įprastą DC. Šios išvalgos yra pagrįstos mūsų nedidelio tyrimo rezultatais, taigi, manome, jog būtų svarbu atlikti tolesnius tyrimus, siekiant detaliau patyrinti šias hipotezes.

Apibendrinant bendrus tyrimų rezultatus, reikia pažymėti, kad, siekiant padėti neigiamų vaikystės patirčių turinčiam vaikui, ypač svarbu įvertinti esminį vaiko poreikį turėti bent vieną stabilų, atliepiantį ir palaikantį santykį. Ši esminė žmogiška duotybė bei poreikis buvo patvirtinta Harvardo universiteto Nacionalinės vaiko raidos mokslo tarybos (angl. *National Scientific Council on the Developing Child at Harvard University*) dokumento, skirto vaikų atsparumui aptarti, duomenimis. Jais remiantis įvardyta, kas padeda būti atspariam, net jei prieš tai esi patyręs reikšmingų neigiamų patirčių, tai „galimybė turėti bent vieną stabilų, atliepiantį ir palaikantį santykį“ tarp vaiko ir suaugusiojo. Šiame dokumente nurodoma, jog tie suaugusieji gali būti pagrindiniai vaiku besirūpinantys asmenys, tačiau jais gali būti ir kiti suaugę (182).

5.4. Tyrimo ribotumai ir tolesnių tyrimų gairės

1. Tyrimo dizaino – atvejų serijų tyrimo nulemti trūkumai. Tyrimą „padiktavo“ gyvenimas – įkurtas naujas, aukštus kokybinius terapinius kriterijus atitinkantis centras bei į tyrėją kreipėsi Vilniaus „Carito“ dienos centras „Vilties angelas“, nes ieškojo pagalbos atliepti pažeidžiamų vaikų poreikius. Kadangi šiame tyrime neturėjome kontrolinės grupės, vertindami studijos rezultatus galime daryti tik preliminarias išvadas.
2. Tyrimo metu įvyko COVID-19 pandemija, dėl kurios tyrimas taip pat patyrė ribotumų – tiriamieji gavo truputį kitokias paslaugas dėl pandemijos nulemtų draudimų. Pirmiesiems keturiems Centro A tiriamiesiems visus metus paslaugos buvo teikiamos kontaktiniu būdu, o vėliausiai prisijungęs (019) tiriamasis – gavo daugiau individualių, nuotoliu teikiamų paslaugų. Centro B grupės devyni pirmieji tiriamieji 2020 m. pavasarį turėjo ~2 mėn. paslaugų teikimo pertrauką, kai dėl pandemijos darbuotojai palaikė tik minimalų kontaktą su vaikais. Kiti trys tiriamieji, kurie prisidėjo prie tyrimo 2020 m. rudenį, turėjo daugiau individualių konsultacijų nei dalyvavo grupėje dėl karantino apribojimų.
3. Anketų iš mokytojų trūkumas centre B. Daugeliu atvejų anketas mokytojams perduodavo tiriamųjų mamos. Kartu su anketomis buvo perduodama informacija apie vykdomą tyrimą bei pagrindinės tyrėjos kontaktai, tačiau nė vienu atveju mokytojos į tyrėją nesikreipė. Kadangi tyrime dalyvavusios šeimos turėjo įvairių sunkumų, tikėtina, kad anketų perdavimas mamoms nebuvo prioritetas. Gali būti, jog dėl to, kad tyrėja neturėjo tiesioginio kontakto su mokytojomis, tai nesukėlė mokytojoms pasitikėjimo ir jos nepildė anketų.
4. T2 anketų duomenys nebuvo įtraukti į galutinę analizę dėl to, kad T2 anketų duomenys beveik nesiskyrė nuo T1 duomenų nei centro A, nei centro B imčių. Panašu, kad 6 mėn. (T2) pasirodė per trumpas laikas pokyčiui vertinti.
5. Atlikome du atvejų serijų analizės tyrimus, turėjome nedideles tiriamųjų imtis. Naudojome CAI, jam reikėjo itin didelių tiek laiko, tiek žmoniškųjų išteklių, bei klinikinius interviu, taip pat ir kiekybinio vertinimo klausimynus. Vertinant retrospektyviai, matyt, tyrimui būtų labiau tikusi kokybinė tyrimo paradigma.
6. Visi centro B tiriamieji turėjo po dvi ir daugiau neigiamų vaikystės patirčių, o dauguma pasirodė turintys ryškių elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų bei atitiko diagnozių kriterijus pagal TLK-10

AM. Todėl būtų svarbu atlikti tyrimą su pakankama ir reprezentatyvia imtimi iš kitų DC šalyje, siekiant įvertinti, kiek lankančių DC vaikų turi neigiamų vaikystės patirčių ir kliniškai reikšmingų elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų. Remiantis tokio tyrimo duomenimis, būtų galima toliau vertinti, kiek DC atliepia vaikų poreikius ir kokia pagalba yra reikalinga šiuose centruose dirbantiems darbuotojams.

7. Tyrimas truko vienus metus ir per juos nustatėme kelių vaikų teigiamų prieraišumo pokyčių. Kadangi prieraišumo pokyčių tyrimų vidurinės vaikystės amžiuje yra nedaug, ko gero, būtų prasminga turėti ilgesnės trukmės longitudinalinį tyrimą bei vertinti prieraišumą tuo pačiu instrumentu, siekiant pamatuoti galimus prieraišumo pokyčius ir tų pokyčių priežastis. Mūsų pagrindinė išvada yra ta, kad darbuotojo ir vaiko santykis galėjo turėti teigiamą įtaką vaiko prieraišumui bei psichikos būsenai, tad būtų prasminga detaliau įvertinti šį darbuotojo ir vaiko santykį bei TBRI metodo poveikį, kokie santykio aspektai galėjo turėti įtakos vaiko prieraišumui. Asakymus į tokius klausimus galėtų padėti rasti kokybinis tyrimas.

6. IŠVADOS

- I. Nesaugus ir dezorganizuotas prieraišumo tipai gali būti susiję su vaikų (8–11 metų amžiaus) elgesio ir emocijų sutrikimais, tačiau savaime šie prieraišumo tipai nerodo psichopatologijos. Atliktų atvejų serijų tyrimo duomenimis, nesaugus ir dezorganizuotas prieraišumo tipai buvo susiję su elgesio ir emocijų sutrikimo simptomais.
- II. Visi centro B tiriamieji turėjo po dvi ir daugiau neigiamų vaikystės patirčių, o dauguma (devyni iš dvylikos) pasirodė turintys ryškių elgesio ar emocijų sutrikimo simptomų bei atitiko elgesio ir emocijų sutrikimo diagnozių kriterijus pagal TLK-10 AM. Tiriamiesiems buvo nustatytas nesaugus arba dezorganizuotas prieraišumo tipas T1 metu. Tai rodo, kad, dirbdami su tokiais vaikais darbuotojai turi turėti specifinių žinių ir būti apmokyti taikyti specialias, traumų psichologijos žiniomis grįstas intervencijas. Pagal tyrimo rezultatus, TBRI metodas DC prigijo – darbuotojai taikė daugumą TBRI elementų po vienų metų.
- III. Taikant TBRI centre B, daugumai tiriamųjų pagerėjo psichikos sveikatos rodikliai ir prieraišumo saugumo skalės. Dviejų tiriamųjų dezorganizuotas prieraišumas pasikeitė į nesaugų vengiantį. Turime preliminarių duomenų, jog TBRI gali pagerinti vaikų, turinčių neigiamų vaikystės patirčių, psichikos sveikatos rodiklius ir prieraišumo saugumą.
- IV. Centro A tiriamieji turėjo po tris ir daugiau neigiamų vaikystės patirčių bei ryškių elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų, jiems buvo nustatyta po vieną ar dvi elgesio ir emocijų sutrikimo simptomų diagnozes, tai rodo kompleksinės pagalbos šiems vaikams poreikį.
- V. Kompleksinė psichosocialinė pagalba, teikta centre A, turėjo teigiamą įtaką tiriamųjų psichikos sveikatos rodikliams bei prieraišumo saugumui, nepaisant visiems tiriamiesiems vykusių reikšmingų įvykių tyrimo metu.
- VI. Teikiant pagalbą institucinės globos įstaigose augantiems vaikams, svarbu įvertinti, ar jie turi bent vieną stabilų ir atliepiantį ryšį su suaugusiu žmogumi. Svarbu atkreipti dėmesį, kad planuojant pagalbą tokiems vaikams ir skatinant užmegzti naujus ryšius bei siekiant išvengti pakartotinio galimo traumavimo, reikalinga įvertinti, jog naujas ryšys būtų ilgalaikis.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Vaikų ir paauglių psichiatruui ar psichologui, konsultuojant vaiką, turintį elgesio ar emocijų sutrikimo simptomų, rekomenduotume renkant anamnezę atsižvelgti į ankstyvųjų prieraišumo santykių patirtį. Nors CAI interviu yra gana patikimas prieraišumo vertinimo instrumentas vidurinės vaikystės amžiuje, vis dėlto klinikinėje praktikoje nerekomenduojama jo naudoti dėl itin didelių laiko ir žmogiškųjų išteklių sąnaudų. Tačiau yra svarbu siekti išsiaiškinti vaiko prieraišumo istoriją. Tam padėtų klausimai apie vaiko pradėjimo, nėštumo, gimimo istoriją, šeimai svarbius įvykius tuo metu, galimas netektis. Svarbu išsiaiškinti, kas vaiku rūpinosi pirmaisiais gyvenimo metais – kas tapo jo prieraišumo asmenimis ar buvo galimybė vaikui užmegzti selektyvų prieraišų ryšį. Taip pat svarbu, nuo kokio amžiaus atsirado pakaitinių prižiūrinių asmenų (auklės, seneliai ir kt.) bei kada vaikas pradėjo lankyti ugdymo įstaigą. Reikia sužinoti, ar vaikas yra patyręs trauminių patirčių – netekčių, bet kokios rūšies smurto, per ilgą, neatitinkančių amžiaus, išsiskyrimų. Svarbu sužinoti, kaip vaikas reaguodavo į išsiskyrimą su prieraišumo asmenimis, kaip reaguodavo bei elgiasi iki dabar, jei jam yra reikalinga pagalba (susižeidus, liūdint, įvykus netektims). Svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kaip vaikas bendrauja su jam svarbiu asmeniu konsultacijos metu – ar siekia paguodos, ar suaugęs asmuo atliepia vaiko poreikius. Remdamasis šia informacija specialistas gali kelti prielaidų, koks vaikui gali būti būdingas prieraišumo tipas – saugus ar nesaugus, ar ankstyvųjų santykių patirtis gali būti susijusi su jo dabartiniais sunkumais.
2. Vaikų ir paauglių psichiatruui ar psichologui, konsultuojant vaiką, turintį elgesio ir emocijų sutrikimų simptomų bei išsiaiškinus traumines, ypač santykių nulemtas patirtis ir keliant prielaidas apie galimai sutrikdytą prieraišumą, rekomenduojama įvertinti, keliose srityse vaikui pasireiškia sutrikimas. Tai įvertinti gali padėti įprasta vaiko vertinimo rutina (anamnezė, klinikinis interviu su vaiko įstatyminiais atstovais ir juo pačiu; psichologinis vaiko įvertinimas). Nustačius, kad vaiko sutrikimas yra palietęs kelias funkcionavimo sritis (santykių, emocijų ir elgesio reguliavimo, dėmesio ir suvokimo, savivertės), verta apsvarstyti kompleksinių psichosocialinių intervencijų, kurių pagrindas būtų terapinis darbuotojo ir vaiko santykis, poreikį. Vilniaus mieste tokį vaiką, kurio funkcionavimas

- sutrikęs keliose srityse ir iki tol teikta pagalba buvo nepakankamai veiksminga, yra galimybė siūsti į Terapinį ugdymo centrą „Aplink“.
3. Vaikų ir paauglių psichiatruui ar psichologui, teikiantiems pagalbą vaikui iš institucinės globos įstagos, svarbu išsiaiškinti, ar vaikas turi bent vieną stabilų ir atliepiantį santykį su suaugusiuoju. Turint mintyje šio pagrindinio poreikio svarbą ir gilinantis, kas jį galėtų atliepti, svarbu atsakingai įvertinti, kad, ieškant tokio stabilaus santykio, vaikas nebūtų pakartotinai traumuojamas, nes yra svarbu vaiką apsaugoti nuo pakartotinio santykių nutrūkimo. Todėl būtina išsiaiškinti, ar suaugęs asmuo, kuris yra pasiruošęs užmegzti ryšį su vaiku, gali įsipareigoti išlaikyti ryšį ilgalaikėje perspektyvoje. Rekomenduotume, kad vaikų ir paauglių psichiatras prisiimtų atsakomybę edukuoti su vaiku dirbančius specialistus bei tiesiogiai su vaiku dirbančius asmenis apie vaiko poreikį turėti bent vieną stabilų ir atliepiantį santykį. Tam galėtų padėti tarpžinybiniai susitikimai su globos įstaigos administracija (kuri atsakinga už sprendimų priėmimą), tiesiogiai su vaiku dirbančiais asmenimis bei teikiančiais pagalbą specialistais.
 4. Apžvelgus literatūrą ir išanalizavus atvejų istorijas iš centro A, panašu, kad vaikams, augantiems institucinės globos įstaigose, yra svarbu, kad jais besirūpinantys asmenys, ypač tie, su kuriais yra tikėtinas intensyvus, prieraišus ryšys (pvz., laikini globėjai), būtų susipažinę su trauminių patirčių įtaka vaikų elgesiui ir patys pasižymėtų saugiam prieraišumui būdingomis savybėmis bei turėtų žinių, kaip bendrauti su traumas patyrusiais vaikais. 2018–2023 m. Lietuvoje, Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba vykdė projektą „Vaikų gerovės ir saugumo didinimas, paslaugų šeimai, globėjams (rūpintojams) kokybės didinimas bei prieinamumo plėtra“, į kurį buvo įtraukti mokymai globos centrų darbuotojams, pavadinti „Į santykį orientuota globa, remiantis TBRI“. Šiuose mokymuose dalyvavo 203 globos centrų darbuotojai, jie buvo supažindinti su traumos įtaka vaikų elgesiui bei apmokyti TBRI metodo. Rekomenduojame tęsti globos centruose dirbančių specialistų kompetencijų šioje srityje stiprinimą.
 5. Darbo įvade aptarėme, kad šį mokslinį tyrimą paskatino ir tai, jog mūsų šalyje ypač stokojama ilgalaikių psichosocialinių paslaugų vaikų psichikos sveikatos srityje. Atliktas mokslinis darbas, įdiegiant TBRI viename įprastame dienos centre (o jų Lietuvoje yra daugiau kaip 500) bei vieninteliame, kompleksines ir ilgalaikes paslaugas Lietuvoje teikiančiame centre „Aplink“, yra tik „lašas jūroje“.

atliepiančią pagalbą poreikį tų Lietuvos vaikų, kuriems dėl neigiamų vaikystės patirčių atsiranda emocinių ir elgesio sutrikimų, ir kuriems yra reikalinga ilgalaikė, nenutrūkstama ir kompleksinė pagalba. Taigi, manome, jog šiame darbe įgyta patirtimi ir jo rezultatais galėtų būti remiamasi įgyvendinant tokių ilgalaikių (bent vienu metų trukmės) psichosocialinių paslaugų, kurių metu užtikrinamas stabilus terapinis darbuotojo ir vaiko santykis, plėtrą vaikų psichikos sveikatos srityje.

6. Šio darbo autorė doktorantūros metu skaitė pranešimų apie ryšio su vaiku svarbą ir TBRI metodą įvairioms visuomenės grupėms (vaikų ir paauglių psichiatrams, globėjams ir tėvams, švietimo darbuotojams, pagalbą vaikui teikiantiems specialistams – psichologams, pedagogams). Rekomenduojame tęsti edukacinę veiklą šia tema.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. DeKlyen M., Greenberg M.T. Attachment and Psychopatology in Childhood. In: Cassidy Jude, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. The Guilford Press 2018; 639–666.
2. Moss E, Smolla N, Cyr C, Dubois-Comtois K, Mazzarello T, Berthiaume C. Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology* 2006; 18:425–444.
3. Thompson R. A. Early Attachment and Later Development. Reframing Questions. In: Cassidy Jude;, Shaver PR, editors. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. 3rd ed. The Guilford Press 2018; 330–348.
4. Groh AM, Roisman GI, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children’s Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child Dev.* 2012; 83(2): 591–610.
5. Kefeli MC, Turow RG, Yıldırım A, Boysan M. Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2018 Feb 1; 260: 391–399.
6. Salari R, Bohlin G, Rydell AM, Thorell LB. Neuropsychological Functioning and Attachment Representations in Early School Age as Predictors of ADHD Symptoms in Late Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017 Jun 1; 48(3): 370–384.
7. Brenning KM, Soenens B, Braet C, Bosmans G. Attachment and depressive symptoms in middle childhood and early adolescence: Testing the validity of the emotion regulation model of attachment. *Pers Relatsh.* 2012 Sep;19(3): 445–464.
8. Pūras Dainius. Institucinė globa – vaikų iki trejų metų amžiaus teisių pažeidimas. Vilnius: 2013.
9. Pasco Fearon RM, Belsky J. Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *J Child Psychol Psychiatry* 2011 Jul; 52(7): 782–791.
10. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The Significance of Insecure Attachment and

Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. 2010.

11. Gervinskaitė-Paulaitienė L, Grauslienė I, Barkauskienė R. Externalizing Problems and Attachment Security in Middle Childhood over One-Year Time Study on personality: cross-cultural perspective View project Psychosocial functioning and mentalization of delinquent adolescents receiving minimal care means View project Externalizing Problems and Attachment Security in Middle Childhood over One-Year Time. 2016; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/305318636>
12. Bohlin G, Hagekull B, Rydell AM. Attachment and Social Functioning: A Longitudinal Study from Infancy to Middle Childhood. *Soc Dev.* 2000; 9(1): 24–39.
13. Seibert A, Kerns K. Early mother-child attachment: Longitudinal prediction to the quality of peer relationships in middle childhood. *Int J Behav Dev.* 2015 Mar 31; 39(2): 130–138.
14. Johnson R, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Young children in institutional care at risk of harm. Vol. 7, Trauma, Violence, and Abuse. 2006; 34–60.
15. Vorria P, Papaligoura Z, Dunn J, Van IJzendoorn MH, Steele H, Kontopoulou A, et al. Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003; 44(8): 1208–1220.
16. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Duschinsky R, Fox NA, Goldman PS, Gunnar MR, et al. Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry.* Elsevier Ltd; 2020; 87: 703–720.
17. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychol Bull.* 2003 Mar; 129(2): 195–215.
18. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira C V., Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2021 May 1; 18(5).
19. Seibert AC, Kerns KA. Attachment figures in middle childhood. *Int J Behav Dev.* 2009; 33(4): 347–355.

20. Kerns KA, Abtahi MM. Attachment in middle childhood. In: *The Cambridge Encyclopedia of Child Development*. Cambridge University Press, 2017, p. 454–458.
21. Kerns K. A., Briumariu L.E. Attachment in Middle Childhood. In: Cassidy Jude;, Shaver PR, editors. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press; 2018; 349–369.
22. Zionts L. T. Examining Relationships between Students and Teachers. A Potential Extension of Attachment Theory. In: Kerns K., Richardson Rhonda A., editors. *Attachment in middle childhood*. The Guilford Press, 2005. p. 231–254.
23. Merikangas Kathleen Ries, Nakamura Erin F., Kessler Ronald C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009; 11(1): 7–20.
24. Scott S. Conduct disorders. In: Rey JM, Martin A, editors. *JM Rey’s IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
25. Lesinskienė S, Girdzijauskienė S, Gintilienė G, Butkienė D, Pūras D, Goodman R, et al. Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. *BMC Public Health*. 2018 Apr 24; 18(1).
26. Husky MM, Boyd A, Bitfoi A, Carta MG, Chan-Chee C, Goelitz D, et al. Self-reported mental health in children ages 6–12 years across eight European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Jun 1; 27(6): 785–795.
27. Quy K, Stringaris A. Oppositional defiant disorder. In: Rey JM, Martin A, editors. *JM Rey’s IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
28. Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In: Rey JM, Martin A, editors. *JM Rey’s IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018.
29. Skokauskas N, Fung D, Flaherty LT, Von Klitzing K, Puras D, Servili C, et al. *Shaping the future of child and adolescent psychiatry*. Vol. 13,

- Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. BioMed Central Ltd.; 2019.
30. Izokaitis M, Liuima V, Stonienė L, Vitkūnienė O. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, Lietuvoje apžvalga. *Visuomenės sveikata*, 2015; 3(70): 18–28.
 31. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministras. Įsakymas dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 730 „Dėl vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo. 2019.
 32. Chapman Audrey, Williams Carmel, Hannah Julie, Pūras Dainius. Editorial:Reimagining the Mental Health Paradigm for Our Collective Well-Being. *Health and Human rights Journal*, 2020; 1–6.
 33. Mahdanian AA, Laporta M, Drew Bold N, Funk M, Puras D. Human rights in mental healthcare; A review of current global situation. Vol. 35, *International Review of Psychiatry*. Taylor and Francis Ltd.; 2023. p. 150–162.
 34. Kišūnaitė A, Pūras D. Towards a holistic approach to children’s rights in Lithuanian mental health policy: A case study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2016 Jun 1; 18(2): 40–47.
 35. Kumpiniauskienė Andželinka. Socialinės rizikos šeimų vaikų poreikių tenkinimo galimybės vaikų dienos centre [Magistro baigiamasis darbas]. Mykolo Riomerio universitetas; 2014.
 36. Gudzinskiene V, Augutavicius R. The phenomenon of social risk families and its dynamics in Lithuania. *SHS Web of Conferences*. 2018; 51:03001.
 37. Purvis KB, Cross DR, Dansereau DF, Parris SR. Trust-Based Relational Intervention (TBRI): A Systemic Approach to Complex Developmental Trauma. *Child Youth Serv*. 2013; 34(4): 360–386.
 38. Matias AR, Santos GD, Almeida N. Equine-Assisted Therapeutic Intervention in Institutionalized Children: Case Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 1; 20(4).
 39. Amjad Z, Jami H. Reducing Emotional and Behavioral Problems by Improving Life Skills and Self-Esteem of Institutionalized Children: Effectiveness of an Art-Based Intervention. *Pakistan Journal of Psychological Research : PJPR*. 2020;35(3):595–616.

40. Warner HA, McCall RB, Groark CJ, Kim KH, Muhamedrahimov RJ, Palmov OI, et al. CAREGIVER–CHILD INTERACTION, CAREGIVER TRANSITIONS, AND GROUP SIZE AS MEDIATORS BETWEEN INTERVENTION CONDITION AND ATTACHMENT AND PHYSICAL GROWTH OUTCOMES IN INSTITUTIONALIZED CHILDREN. *Infant Ment Health J.* 2017 Sep 1; 38(5): 645–657.
41. St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. *Monogr Soc Res Child Dev.* 2008; 73(3): vii–viii.
42. Chacko A, Jensen SA, Lowry LS, Cornwell M, Chimklis A, Chan E, et al. Engagement in Behavioral Parent Training: Review of the Literature and Implications for Practice. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2016; 19(3): 204–215.
43. Francis T, Baker-Henningham H. The Irie Homes Toolbox: A cluster randomized controlled trial of an early childhood parenting program to prevent violence against children in Jamaica. *Child Youth Serv Rev.* 2021; 126:106060.
44. Kadžienė Margarita. Socialinių darbuotojų darbo bendruomeniniuose vaikų globos namuose ypatumai [Magistro baigiamasis darbas]. Mykolo Romerio universitetas; 2020.
45. Kiaunytė A, Lygnugarienė V. Vaiko globos sisteminė pertvarka kaip iššūkis socialinių darbuotojų profesionalumui: kas parodo supervizijos ir intervizijos poreikį? *Social Work: Experience and Methods.* 2019; 23(1): 69–94.
46. Griciūtė J, Senkevičiūtė-Doviltė L. Lietuvos socialinės globos įstaigų, dalyvaujančių pertvarkos procese, darbuotojų motyvacijos vertinimas. *Social Work: Experience and Methods.* 2018; 21(1): 35–56.
47. Pundzienė I. Socialinio darbo iššūkiai ir strategija vaikų globos namuose pertvarkos laikotarpiu [Magistro baigiamasis darbas]. Vilniaus universitetas, Šiaulių akademija; 2021.
48. McCall RB, Groark CJ, Fish L, Muhamedrahimov RJ, Palmov OI, Nikiforova N V. Maintaining a Social-Emotional Intervention and Its Benefits for Institutionalized Children. *Child Dev.* 2013; 84(5): 1734–49.

49. Purvis KB, Cross DR. Improvements in salivary cortisol, depression, and representations of family relationships in at-risk adopted children utilizing a short-term therapeutic intervention. *Adopt Q.* 2007; 10(1): 25–43.
50. McKenzie LB, Purvis KB, Cross DR. A trust-based home intervention for special-needs adopted children: A case study. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2014 Jul 3; 23(6): 633–651.
51. Purvis KB, Mckenzie LB, Cross DR, Razuri EB. A spontaneous emergence of attachment behavior in at-risk children and a correlation with sensory deficits. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.* 2013 Aug; 26(3): 165–172.
52. Purvis KB, Cross DR, Federici RA, Johnson D, McKenzie BL. The Hope Connection A therapeutic summer day camp for adopted and at-risk children with special socio-emotional needs. *Adopt Foster.* 2007; 31(4): 38–48.
53. Parris SR, Dozier M, Purvis KB, Whitney C, Grisham A, Cross DR. Implementing Trust-Based Relational Intervention® in a Charter School at a Residential Facility for At-Risk Youth. *Contemp Sch Psychol.* 2015 Sep; 19(3): 157–164.
54. Howard AR, Parris SR, Nielsen LE, Lusk R, Bush K, Purvis KB, et al. Trust-Based Relational Intervention® (TBRI®) for Adopted Children Receiving Therapy in an Outpatient Setting. *Child Welfare.* 2014; 93(5): 47–64.
55. Purvis KB, Razuri EB, Howard ARH, Call CD, DeLuna JH, Hall JS, et al. Decrease in Behavioral Problems and Trauma Symptoms Among At-Risk Adopted Children Following Trauma-Informed Parent Training Intervention. *J Child Adolesc Trauma.* 2015; 8(3): 201–210.
56. Boldt LJ, Kochanska G, Grekin R, Brock RL. Attachment in middle childhood: Predictors, correlates, and implications for adaptation. *Attach Hum Dev.* 2016 Jan 1; 18(2): 115–140.
57. Kerns KA, Tomich PL, Kim P. Normative Trends in Children’s Perceptions of Availability and Utilization of Attachment Figures in Middle Childhood. *Social Development* [Internet]. 2006; 15(1): 1–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9507.2006.00327.x>

58. West KK, Mathews BL, Kerns KA. Mother-child attachment and cognitive performance in middle childhood: An examination of mediating mechanisms. *Early Child Res Q.* 2013; 28(2): 259–270.
59. Chen B Bin, Chang L. Adaptive insecure attachment and resource control strategies during middle childhood. *Int J Behav Dev.* 2012; 36(5): 389–397.
60. Gloger-Tippelt G, Kappler G. Narratives of attachment in middle childhood: do gender, age, and risk-status matter for the quality of attachment? *Attach Hum Dev.* 2016 Nov 1; 18(6): 570–595.
61. Waters Everett, Vaughn BE, Waters HS, Sroufe LA. Promising Approaches to Assessing Attachment in Middle Childhood: Navigating the Options. In: *Measuring Attachment.* 2021; 194–236.
62. Kerig P, Ludlow A, Wenar C. Attachment and psychopathology. In: *Developmental psychopathology, 2012.*
63. D’Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk BA. Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2012 Apr; 82(2): 187–200.
64. Van der Kolk Besel. Vaikų psichika. In: *Kūnas mena viską. Kaip išgydyti kūno, proto ir sielos traumas.* Vilnius: Liūtai ne avys; 2020, p. 174–272.
65. Robertson P, Higgins R, Vassallo D, Suzanne. Multi-type maltreatment and polyvictimisation: A comparison of two research frameworks. 2013; 84–98.
66. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry.* 2019 Jul 1; 92: 1–6.
67. Barkauskienė R, Adler A, Čekuolienė D, Gervinskaitė-Paulaitienė L. Internalising problems and borderline personality features as mediators of the link between traumatic experiences and antisocial behaviours in delinquent adolescents. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna.* 2019; 19(1): 7–12.
68. Fox BH, Perez N, Cass E, Baglivio MT, Epps N. Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse Negl.* 2015 Aug 1; 46: 163–173.

69. Guédény Antoine. Troubles de l'attachement chez le jeune enfant. In: Guédény Nicole, Guédény Antoine, editors. *L'attachement: approche clinique*. 3rd ed. Elsevier Masson, 2010, p. 85–96.
70. Gunnar MR, Bowen M. What was learned from studying the effects of early institutional deprivation. *Pharmacol Biochem Behav*. 2021 Nov 1; 210.
71. Strijbosch ELL, Huijs JAM, Stams GJJM, Wissink IB, van der Helm GHP, de Swart JJW, et al. The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence: A multi-level meta-analysis. *Child Youth Serv Rev [Internet]*. 2015 Nov; 58: 208–218. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740915300645>
72. Vorria P, Papaligoura Z, Sarafidou J, Kopakaki M, Dunn J, van Ijzendoorn MH, et al. The development of adopted children after institutional care: A follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(12): 1246–1253.
73. van Ijzendoorn MH, Palacios J, Sonuga-Barke EJS, Gunnar MR, Vorria P, McCall RB, et al. I. Children in institutional care: Delayed development and resilience. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2011 Dec; 76(4): 8–30.
74. Vorria P, Ntouma M, Vairami M, Rutter M. Attachment relationships of adolescents who spent their infancy in residential group care: The Greek Metera study. *Attach Hum Dev*. 2015 May 4; 17(3): 257–271.
75. Rutter M, Beckett C, Castle J, Colvert E, Kreppner J, Mehta M, et al. Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*. 2007; 4(3): 332–350.
76. Dozier M, Rutter M. Challenges to the Development of Attachment Relationships Faced by Young Children in Foster and Adoptive Care. In: Cassidy J, Shaver PR, editors. *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications*. Third edition. 2015, p. 696–714.
77. Dubois-Comtois K, Moss E, Cyr C, Pascuzzo K. Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *J Abnorm Child Psychol*. 2013 Nov; 41(8): 1311–1324.
78. Cassidy Jude, Shaver P.R. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. 3rd ed. New York [N.Y.]. London: The

- Guilford Press; 2018, p. 3–24; 25–39;155–179; 273–290; 330–365; 639–758.
79. Zbarauskaitė A. Globos namuose gyvenančių paauglių tapatumo išgyvenimas: biografinio pasakojimo interpretacinė analizė [Daktaro disertacija]. Vilniaus universitetas, 2009.
 80. West KK, Mathews BL, Kerns KA. Mother-child attachment and cognitive performance in middle childhood: An examination of mediating mechanisms. *Early Child Res Q.* 2013; 28(2): 259–70.
 81. Granot D, Mayseless O. Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *Int J Behav Dev.* 2001; 25(6): 530–541.
 82. Jacobsen T, Hofmann V. Children's Attachment Representations: Longitudinal Relations to School Behavior and Academic Competency in Middle Childhood and Adolescence. *Developmental Psychology.* 1997; 33.
 83. Bosmans G, De Smedt B. Insecure attachment is associated with math anxiety in middle childhood. *Front Psychol.* 2015; 6(OCT).
 84. Jakobsen IS, Horwood LJ, Fergusson DM. Childhood Anxiety/Withdrawal, Adolescent Parent-Child Attachment and Later Risk of Depression and Anxiety Disorder. *J Child Fam Stud.* 2012 Apr; 21(2): 303–310.
 85. Miljkovitch R., Dugravier R., Mintz A. S. Attachment et psychopathologie durant l'enfance. In: Guédeney Nicole, Guédeney Antoine, editors. *L'attachment: approche clinique.* Elsevier Masson; 2010, p. 97–106.
 86. Spinazzola J, der Kolk B, Ford JD. When Nowhere Is Safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder. *J Trauma Stress.* 2018; 31(5): 631–642.
 87. van Der Kolk B, Ford JD, Spinazzola J. Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2019 Jan 1; 10(1).
 88. Privizzini A. The Child Attachment Interview: A Narrative Review. *Front Psychol.* 2017; 8: 384.
 89. Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview. *Dev Psychol.* 2008; 44(4): 939–956.

90. Brumariu LE, Kerns KA. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. Vol. 22, *Development and Psychopathology*. 2010, p. 177–203.
91. Borelli JL, David DH, Crowley MJ, Mayes LC. Links Between Disorganized Attachment Classification and Clinical Symptoms in School-Aged Children. *J Child Fam Stud*. 2010 Jun; 19(3): 243–256.
92. Kochanska G, Kim S. Early Attachment Organization With Both Parents and Future Behavior Problems: From Infancy to Middle Childhood. *Child Dev*. 2013; 84(1): 283–296.
93. Granqvist P, Sroufe LA, Dozier M, Hesse E, Steele M, van Ijzendoorn M, et al. Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment and Human Development*. Routledge; 2017; 19: 534–558.
94. Waters Everett, Vaughn Brian E., Waters Harriet Salatas. Assessing Attachment in Middle Childhood. In: *Measuring Attachment: Developmental Assessment Across the Lifespan* [Internet]. 2021, p. 194–236. Available from: <https://www.ebsco.com/terms-of-use>
95. Jewell T, Gardner T, Susi K, Watchorn K, Coopey E, Simic M, et al. Attachment measures in middle childhood and adolescence: A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc.; 2019; 68: 71–82.
96. Jewell T, Gardner T, Susi K, Watchorn K, Coopey E, Simic M, et al. Attachment measures in middle childhood and adolescence: A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc.; 2019; 68: 71–82.
97. Borelli JL, Somers J, West JL, Coffey JK, De Los Reyes A, Shmueli-Goetz Y. Associations Between Attachment Narratives and Self-Report Measures of Attachment in Middle Childhood: Extending Evidence for the Validity of the Child Attachment Interview. *J Child Fam Stud*. 2016 Apr 1; 25(4): 1235–1246.
98. Brumariu LE, Madigan S, Giuseppone KR, Abtahi MM, Kerns KA. The security scale as a measure of attachment: Meta-analytic evidence of validity. *Attachment and Human Development*. Routledge; 2018; 20: 600–625.

99. Crittenden P, Kozłowska K, Landini A. Assessing attachment in school-age children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2010 Apr; 15(2): 185–208.
100. Waters TEA, Bosmans G, Vandevivere E, Dujardin A, Waters HS. Secure base representations in middle childhood across two western cultures: Associations with parental attachment representations and maternal reports of behavior problems. *Dev Psychol*. 2015 Aug 1;51(8):1013–25.
101. Waters TEA, Facompré CR, Van de Walle M V., Dujardin A, De Winter SD, Heylen J, et al. Stability and change in secure base script knowledge during middle childhood and early adolescence: A 3-year longitudinal study. *Dev Psychol*. 2019 Nov 1; 55(11): 2379–2388.
102. National Collaborating Centre for Mental Health. Types of attachment difficulties. Assessment and measures of attachment in childhood and adolescence. In: NICE Guideline 26, editor. Children’s attachment Attachment in children and young people who are adopted from care, in care or at high risk of going into care. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2015, p. 17–21.
103. Target M, Fonagy P, Shmueli-Goetz Y. Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*. 2003 Aug; 29(2): 171–186.
104. Carslon Elisabeth A. Attachment disturbance. Disorganisation and disorder. In: Waters Everett, Vaughn Brian E., Waters Harriet Salatas, editors. *Measuring Attachment : Developmental Assessment Across the Lifespan*. 2021, p. 141–68.
105. Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples. 2004 May):568–577. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(5): 568–577.
106. Schröder M, Lüdtke J, Fux E, Izat Y, Bolten M, Gloger-Tippelt G, et al. Attachment disorder and attachment theory – Two sides of one medal or two different coins? *Compr Psychiatry*. 2019 Nov 1; 95.
107. National Collaborating Centre for Mental Health, NICE Guideline 26., Methods evidence and recommendations. Types of attachment difficulties. Assessment and measures of attachment in childhood and

- adolescence. In: NICE Guideline 26 Methods evidence and recommendations N 2015, editor. Children's Attachment Attachment in children and young people who are adopted from care, in care or at high risk of going into care. 2016,p. 17–21.
108. Australian Consortium for Classification Development. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [ICD-10-AM / ACHI / ACS Electronic Manual]. <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>. 2015.
 109. American Psychiatric Association. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF DSM-5™. 2013.
 110. Zeanah CH, Gleason MM. Annual research review: Attachment disorders in early childhood - Clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar 1; 56(3): 207–222.
 111. Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J. Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl*. 2004 Aug; 28(8): 877–888.
 112. Golds L, De Kruiff K, Macbeth A. Disentangling genes, attachment, and environment: A systematic review of the developmental psychopathology literature on gene-environment interactions and attachment. *Dev Psychopathol*. 2019; 32(1): 357–381.
 113. Minnis H, Macmillan S, Pritchett R, Young D, Wallace B, Butcher J, et al. Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *British Journal of Psychiatry*. 2013 May; 202(5): 342–346.
 114. Guyon-Harris KL, Humphreys KL, Degnan K, Fox NA, Nelson CA, Zeanah CH. A prospective longitudinal study of Reactive Attachment Disorder following early institutional care: considering variable- and person-centered approaches. *Attach Hum Dev*. 2019 Mar 4; 21(2): 95–110.
 115. Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E. Emanuel Miller lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2009; 50: 529–543.
 116. Bernstein RE. Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models , edited by J. D. Ford and C. A. Courtois. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2014 Oct 20; 15(5): 607–610.

117. Cook A, Spinazzola J, Ford ; Julian, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents [Internet]. Vol. 35, PSYCHIATRIC ANNALS. 2005. Available from: <http://www.traumacenter.org>.
118. Ford JD, Grasso D, Greene C, Levine J, Spinazzola J, Van Der Kolk B. Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: Results of an international survey of clinicians. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013; 74(8): 841–849.
119. Spinazzola J, van der Kolk B, Ford JD. Developmental Trauma Disorder: A Legacy of Attachment Trauma in Victimized Children. *J Trauma Stress*. 2021 Aug 1; 34(4): 711–720.
120. Ford JD, Charak R, Karatzias T, Shevlin M, Spinazzola J. Can developmental trauma disorder be distinguished from posttraumatic stress disorder? A symptom-level person-centred empirical approach. *Eur J Psychotraumatol*. 2022; 13(2).
121. van Der Kolk B, Ford JD, Spinazzola J. Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Jan 1; 10(1).
122. Kisiel CL, Fehrenbach T, Torgersen E, Stolbach B, McClelland G, Griffin G, et al. Constellations of Interpersonal Trauma and Symptoms in Child Welfare: Implications for a Developmental Trauma Framework. *J Fam Violence*. 2014 Jan 1; 29(1): 1–14.
123. Burkey MD, Hosein M, Morton I, Purgato M, Adi A, Kurzrok M, et al. Psychosocial interventions for disruptive behavior problems in children in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Apr 6; 59(9): 982–993.
124. Gibbs A, Moor S, Frampton C, Watkins W. Impact of psychosocial interventions on children with disruptive and emotional disorders treated in a health camp [Internet]. Vol. 42, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2008. Available from: www.iop.kcl.ac.uk/Iop/Departments/ChildPsy/sdq/
125. Hosseini SH, Hosseini SH, Naderi Rajeh Y. Efficacy and Effectiveness of Psychosocial Interventions on Behavioral and Psychological Problems of Abused Children in Iran: A Systematic Review. *J Pediatr Rev*. 2023 Oct 1; 11(4): 315–322.

126. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Juffer F. Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. 2005; 26: 191–216.
127. Bernard K, Dozier M, Bick J, Lewis-Morrarty E, Lindhiem O, Carlson E. Enhancing Attachment Organization Among Maltreated Children: Results of a Randomized Clinical Trial. *Child Dev*. 2012 Mar; 83(2): 623–636.
128. Hoffman KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B. Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2006 Dec; 74(6): 1017–1026.
129. Barth RP, Crea TM, John K, Thoburn J, Quinton D. Beyond attachment theory and therapy: Towards sensitive and evidence-based interventions with foster and adoptive families in distress. *Child and Family Social Work*. 2005; 10: 257–268.
130. Kinniburgh KJ, Blaustein M, Spinazzola J, Van Der Kolk BA. Attachment, self-regulation, and competency. *Psychiatric Annals*. Slack Incorporated; 2005; 35:424–430.
131. Tabone JK, Rishel CW, Hartnett HP, Szafran KF. Trauma-Informed Intervention with Children: Integrating the CANS Assessment with the ARC Framework in a Clinical Setting. *J Child Adolesc Trauma* [Internet]. 2022; 15(1): 65–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00357-x>
132. Howard AR, Parris SR, Nielsen LE, Lusk R, Bush K, Purvis KB, et al. Trust-Based Relational Intervention® (TBRI®) for Adopted Children Receiving Therapy in an Outpatient Setting.
133. Hunsley J, Razuri E, Ninziza Kamanzi D, Sullivan H, Call C, Styffe E, et al. Experiences of lay social workers trained in a trauma-informed intervention in the deinstitutionalization of Rwanda. *J Child Serv*. 2021; 16(4): 289–303.
134. Purvis K., Cross DR, Hurst JR. Trust-Based Relational Intervention Caregiver Training: TBRI Introduction and Overview (TBRI Practitioner Instructor Workbook). Karyn Purvis Institute of Child Development, 2013.
135. Razuri EB, Hiles Howard AR, Parris SR, Call CD, Deluna JH, Hall JS, et al. Decrease in behavioral problems and trauma symptoms among at-risk adopted children following web-based trauma-informed parent training intervention. *J Evid Inf Soc Work*. 2016; 13(2): 165–178.

136. Perry BD. Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *J Loss Trauma*. 2009 Jul; 14(4): 240–255.
137. Mason C, Kelly BL, McConchie V. Including Neuroscience in Social Work Education: Introducing Graduate Students to the Neurosequential Model of Therapeutics. *J Teach Soc Work*. 2020 Aug 7; 40(4): 352–371.
138. Hambrick E, Lee SK, Weiler L, Collins JO, Rhodes T, Taussig H. Engagement in a Preventive Intervention for Preadolescent Children in Foster Care: Considerations for Intervention Design. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022.
139. Barfield S, Dobson C, Gaskill R, Perry BD. Neurosequential model of therapeutics in a therapeutic preschool: Implications for work with children with complex neuropsychiatric problems. *International Journal of Play Therapy*. 2012 Jan;21(1):30–44.
140. Porta Miquel. *A Dictionary of Epidemiology*. Sixth edition. Oxford University Press, Incorporated; 2014, p. 37–38.
141. Abu-Zidan FM, Abbas AK, Hefny AF. Clinical “case series”: A concept analysis. *Afr Health Sci*. 2012; 12(4): 557–562.
142. Žukauskienė R., Kajokienė I., Vaitkevičius R. Mokyklinio amžiaus vaikų ASEBA klausimynų (CBCL 6/18, TRF 6/18, YSR 11/18) vadovas [Handbook of ASEBA questionnaires for school-aged children]. 2012.
143. Žukauskienė R. CBCL, TRF ir YSR metodikų standartizavimas naudojant 6-18 metų Lietuvos vaikų imties duomenis. *Psichologija (Vilniaus universitetas)*. 2006.
144. Gintilienė G., Gidrzijauskienė S., Černiauskaitė D., Lesinskienė S., Povilaitis R., Pūras D. Lietuviškas SDQ –standartizuotas mokyklinio amžiaus vaikų Galių ir sunkumų klausimynas. *Psichologija (Vilniaus universitetas)* [Internet]. 2004; 29(88). Available from: www.sdqinfo.com
145. Čekuolienė D, Gervinskaitė-Paulaitienė L, Grauslienė I, Adler A, Barkauskienė R. Maternal reflective functioning and attachment security in girls and boys: A closer look into the middle childhood. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1; 18(21).

146. Lina Gervinskaitė-Paulaitienė. Mentalizacija ankstyvoje paauglystėje ir jos sąsajos su prierašumu, smurto patyrimu ir emociniais bei elgesio sunkumais [Daktaro disertacija]. Vilniaus universitetas; 2018.
147. Lempp T., de Lange D., Radeloff D., Bachmann C. Introduction. The clinical examination of children, adolescents and their families. In: Rey JM, Martin A., editors. JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012, p. 1–25.
148. Estrada E, Ferrer E, Pardo A. Statistics for evaluating pre-post change: Relation between change in the distribution center and change in the individual scores. *Front Psychol.* 2019 Jan 8; 9(JAN).
149. Steele H, Steele M, Murphy A. Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy research.* 2009; 19(6): 633–643.
150. Saunders R, Jacobvitz D, Zaccagnino M, Beverung LM, Hazen N. Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attach Hum Dev.* 2011; 13(4): 403–420.
151. Dozier M, Stovall KC, Albus KE, Bates B. Attachment for Infants in Foster Care: The Role of Caregiver State of Mind. Source: *Child Development* [Internet]. 2001;72(5):1467–77. Available from: <https://www.jstor.org/stable/3654399>
152. Bellamy JL. Behavioral problems following reunification of children in long-term foster care. *Child Youth Serv Rev.* 2008 Feb; 30(2): 216–228.
153. Carvalho JMS, Delgado P, Pinto VS, Benbenishty R. Reunification in foster care: Influences on decision-making. *Child Abuse Negl.* 2018 Dec 1; 86: 67–78.
154. Almas AN, Papp LJ, Woodbury MR, Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA. The Impact of Caregiving Disruptions of Previously Institutionalized Children on Multiple Outcomes in Late Childhood. *Child Dev.* 2020 Jan 1; 91(1): 96–109.
155. Oosterman M, Schuengel C, Wim Slot N, Bullens RAR, Doreleijers TAH. Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Child Youth Serv Rev.* 2007 Jan; 29(1): 53–76.
156. National Scientific Council on the Developing Child. Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of

- Resilience [Internet]. 2015. Available from: <http://www.developingchild.harvard.edu>
157. Sinclair I, Wilson K. Matches and Mismatches: The Contribution of Carers and Children to the Success of Foster Placements [Internet]. Vol. 33, Source: The British Journal of Social Work. 2003. Available from: <https://about.jstor.org/terms>
 158. Williams KA, Lewis EM, Feely M. Stay just a little bit longer: A scoping review of foster parent engagement in the U.S. *Child Youth Serv Rev.* 2023 Mar 1; 146.
 159. Lieberman AF. The treatment of attachment disorder in infancy and early childhood: Reflections from clinical intervention with later-adopted foster care children. *Attachment and Human Development.* 2003; 5: 279–282.
 160. Stone LL, Otten R, Engels RCME, Vermulst AA, Janssens JMAM. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-Year-olds: A review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010; 13(3): 254–274.
 161. Español-Martín G, Pagerols M, Prat R, Rivas C, Sixto L, Valero S, et al. Strengths and Difficulties Questionnaire: Psychometric Properties and Normative Data for Spanish 5- to 17-Year-Olds. *Assessment.* 2021 Jul 1; 28(5): 1445–1458.
 162. Van Heuvel M Den, Jansen DEMC, Stewart RE, Smits-Engelsman BCM, Reijneveld SA, Flapper BCT. How reliable and valid is the teacher version of the Strengths and Difficulties Questionnaire in primary school children. *PLoS One.* 2017 Apr 1; 12(4).
 163. Mason WA, Chmelka MB, Thompson RW. Responsiveness of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Sample of High-Risk Youth in Residential Treatment. *Child Youth Care Forum.* 2012 Oct 1; 41(5): 479–492.
 164. Rescorla LA, Bochicchio L, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, et al. Parent-Teacher Agreement on Children’s Problems in 21 Societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 2014; 43(4): 627–642.
 165. Thompson RA, Simpson JA, Berlin LJ. Taking perspective on attachment theory and research: nine fundamental questions. *Attach Hum Dev.* 2022; 24(5): 543–560.

166. Raby KL, Steele RD, Carlson EA, Sroufe LA. Continuities and changes in infant attachment patterns across two generations. *Attach Hum Dev.* 2015; 17(4): 414–428.
167. Opie JE, McIntosh JE, Esler TB, Duschinsky R, George C, Schore A, et al. Early childhood attachment stability and change: a meta-analysis. *Attach Hum Dev.* 2021; 23(6): 897–930.
168. Bernard K, Dozier M, Bick J, Lewis-Morrarty E, Lindhiem O, Carlson E. Enhancing Attachment Organization Among Maltreated Children: Results of a Randomized Clinical Trial. *Child Dev.* 2012; 83(2): 623–636.
169. Kerr L, Cossar J. Attachment Interventions with Foster and Adoptive Parents: A Systematic Review. *Child Abuse Review.* 2014 Nov 1; 23(6): 426–439.
170. Dalgaard NT, Filges T, Viinholt BCA, Pontoppidan M. Parenting interventions to support parent/child attachment and psychosocial adjustment in foster and adoptive parents and children: A systematic review. Vol. 18, *Campbell Systematic Reviews.* John Wiley and Sons Inc; 2022.
171. Dallos R, Morgan-West K, Denman K. Changes in attachment representations for young people in long-term therapeutic foster care. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2015 Oct 1;20(4): 657–676.
172. Warfa N, Bademci Ö, Karasar Ş, White R. Attachment-based psychosocial programme for under-privileged school children with adverse life experiences in Istanbul, Turkey. *BMC Psychol.* 2022 Dec 1; 10(1).
173. Bosmans G, Kerns KA. Attachment in Middle Childhood: Progress and Prospects. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2015 Jun 1; 2015(148): 1–14.
174. Kerns Kathryn A., Richardson Rhonda A. Attachment in middle childhood. New York, NY ; London: The Guilford Press; 2005. p.1–23; 46–70; 71–114; 255–282; 231–254.
175. Ammaniti M, Van Ijzendoorn MH, Speranza AM, Tambelli R. Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attach Hum Dev.* 2000; 2(3): 328–346.

176. Mukolo A, Heflinger CA, Wallston KA. The stigma of childhood mental disorders: A conceptual framework. Vol. 49, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010.
177. Kaushik KE, Kyriakopoulos M. The Stigma of Mental Illness in Children & Adolescents: A Systematic Review. *Psychiatry Res*. 2016; 243: 469–494.
178. Laranjeira C, Lesinskiene S. Editorial: Break the mental health stigma: the role of emotional intelligence. *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media SA; 2024; 15.
179. Jakaitė Monika, Lesinskienė Sigita, Karalienė Virginija. Vaikai, tėvai, gydytojai – kaip rasti bendrą kalbą? Kas apie tai kalbama prieraišumo teorijoje? *Pediatrija*. 2013; 1: 69–75.
180. Guédénéy Nicole, Attale C. Demande de l'aide et alliance: apport de la théorie de l'attachement. In: *Attachment: approche clinique*. 2009, p. 167–178.
181. Turner F, Venturini E, Kainth G, Crawford K, O'Connor R, Balestrieri M, et al. The expected and the unexpected in recovery and development after abuse and neglect: The role of early foster carer commitment on young children's symptoms of attachment disorders and mental health problems over time. *Child Abuse Negl*. 2022 May 1; 127.
182. on the Developing Child at Harvard University C. Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience [Internet]. 2015. Available from: www.developingchild.net.
183. Pūras Dainius. The rights of vulnerable children under the age of three: ending their placement in institutional care. 2012.
184. Misevičė M, Gervinskaitė-Paulaitienė L, Lesinskiene S, Grauslienė I. Trust-Based Relational Intervention® (TBRI®) Impact for Traumatized Children—Meaningful Change on Attachment Security and Mental Health after One Year. *Children* [Internet]. 2024 Mar 29; 11(4): 411. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/4/411>
185. Čekuolienė D, Gervinskaitė-Paulaitienė L, Grauslienė I, Adler A, Barkauskienė R. Maternal reflective functioning and attachment security in girls and boys: A closer look into the middle childhood. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1; 18(21).

186. Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. THE CHILD ATTACHMENT INTERVIEW: A PSYCHOMETRIC STUDY OF RELIABILITY AND VALIDITY. 2008.
187. Jewell T, Gardner T, Susi K, Watchorn K, Coopey E, Simic M, et al. Attachment measures in middle childhood and adolescence: A systematic review of measurement properties. *Clin Psychol Rev.* 2019; 68: 71–82.
188. Kerns KA, Brumariu LE. Is insecure parent-child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Dev Perspect.* 2014 Mar; 8(1): 12–7.
189. Dozier M, Lindhiem O. This is my child: Differences among foster parents in commitment to their young children. *Child Maltreat.* 2006 Nov; 11(4): 338–345.

Disertacijoje naudojami interneto šaltiniai:

1. www.tuc.lt [žiūrėta 2024-05-07]
2. <https://www.vle.lt/straipsnis/amziaus-tarpsnis/> [žiūrėta 2024 05 08]
3. <https://socmin.lrv.lt/lt/naujienos/vaiku-dienos-centrams-85-mln-euru/> [žiūrėta 2024 05 10]
4. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1867081699> [žiūrėta 2024 05 06]
5. <https://store.aseba.org/> [žiūrėta 2024 05 13]
6. <https://www.sdqinfo.org/> [žiūrėta 2024 05 14]

SANTRAUKA/SUMMARY

1. INTRODUCTION

Research problem and its relevance

“There is but one true luxury, and it is that of human relations”

Antoine de Saint-Exupéry

The *Attachment theory*, which originated over fifty years ago, remains a prominent and relevant field of research. The theory posits that the type of attachment that develops as a result of early experiences has a significant impact on the child's subsequent development, self-awareness, emotion regulation, ability to adapt to the environment, relationships with peers, and learning (1–8). Insecure and especially disorganised attachment types are associated with greater behavioral (9–11), internalised (4), and social difficulties (12,13). Given that secure attachment is understood to be a developmentally beneficial factor, interventions to enhance attachment security are being developed and researched. The majority of the interventions described by the academia are early interventions, conducted up to the age of three or five, which aim to enhance the sensitivity of the primary caregiver to the child's needs, thereby strengthening the attachment security (17,18). During middle childhood, the attachment system undergoes changes, potentially involving the emergence of significant adults in the child's life beyond the immediate family (19–21). These individuals can serve as a source of support and assistance for the child. However, there is a lack of studies investigating the influence of significant others on the child's attachment system (22), which is why the idea was conceived to investigate the possible influence of psychosocial interventions in middle childhood, where the main therapeutic factor is the relationship between the service provider and the child.

A number of studies have demonstrated that the global prevalence of emotional disturbances in childhood falls within the range of 2% to 24% (23), while the prevalence of behavioral disturbances is estimated to be between 2% and approximately 8% (23,24). In Lithuania, it has been estimated that approximately 7% of children exhibit conduct disorders, and around 6% manifest anxiety spectrum disorders (25). Additionally, children's questionnaires indicate that as many as 18.7% of children experience internalised difficulties, whereas 6.8% present externalised difficulties (26).

International guidelines for the treatment of children with behavioral and emotional disorders recommend the implementation of a range of psychosocial interventions as a first-line form of help (24,27,28). In Lithuania, there is a notable deficiency in the provision of psychosocial interventions, particularly in the form of sustainable, stable, continuous, and long-term services. This research, therefore, is of great relevance for our country (30).

Thus, two purposive research centres were envisaged. One such institution is a non-governmental daycare centre in Vilnius, which, already for 30 years, has been serving children coming from families at social risk. These families often exhibit risk factors that can negatively affect children's development, including the presence of addictions within the family unit, unemployment, and a lack of parenting skills, which can result in the use of physical and/or emotional abuse against children (34–36). For such families, one of the most accessible forms of assistance is the referral of children to a daycare centre. In total, there are 508 daycare centres in Lithuania⁸. We chose this particular daycare centre because the staff had indicated that their children were clients with emotional and behavioral challenges, and they were, therefore, looking for a specialist who could teach them how to respond to their clients' needs. It is often the case that daycare centres lack the required expertise to provide psychological therapeutic interventions (34). The staff were trained in *Trust-Based Relational Intervention*[®] (TBRI[®]) during the study, thereby acquiring the requisite competencies to provide psychological interventions to children with negative childhood experiences and symptoms of behavioral and emotional disorders.

The second research centre was the recently (in 2019) inaugurated Psychosocial Rehabilitation Centre, established by the Municipality of the City of Vilnius, Lithuania, which represents a distinctive and pioneering initiative in the country. This study sample included children from institutional care. Despite the ongoing deinstitutionalisation efforts in Lithuania, we still have more than a thousand children growing up in institutions⁹. According to Johnson (14), “a child raised in an institution is typically deprived of the supportive, intensive, one-to-one relationship with a primary caregiver that is essential for optimal development.” Researchers have found 60 per cent

⁸ According to the information provided by the Ministry of Social Security and Labour of the Republic of Lithuania. See: <https://socmin.lrv.lt/lt/naujienos/vaiku-dienos-centrams-85-mln-euru/>

⁹ According to the data of SPIS (Information System for Social Family Support, Lithuania) retrieved on 19 July 2023, 1310 children are under institutional care.

disorganised attachment in institutionalised children, compared to 15 to 24 per cent in normative samples (15,16). The research evidence on intervention for institutionalised children is limited and heterogeneous. There are few studies reporting positive effects of individual therapies (38,39). One long-term intervention (from 4 to 9 or more months of exposure) delivered by regular institutional staff was conducted with young children aged ~6 months to 4 years. The results of this research supported the theory that a responsive, consistent relationship with previously trained regular caregivers has a positive impact on children's development and attachment (40,41). There may be a lack of studies for institutionalised children because it is strongly recommended that children spend as little time as possible in institutions (16). Nevertheless, given that a considerable number of children continue to be raised in institutional care for a multitude of reasons, the findings of this study remain highly pertinent, particularly in the context of Lithuania.

The study's primary innovation is that psychosocial interventions were provided by staff members of two daycare centres. Typically, programmes designed to enhance the security of the attachment system are directed towards the primary caregivers of children. In contrast, the present study employed a unique approach, wherein the interventions were conducted by the day centre staff. This was thought to be important because children from the social daycare centre originate from socially disadvantaged families, and their parents tend to experience a multitude of concerns, which can often render them difficult to reach for parenting interventions (42,43). The extended periods of time that children can spend at social daycare centres affords them the chance to develop an enduring relationship with the staff, which, in turn, makes the centres a tangible and accessible source of support for socially vulnerable families. Given that the subjects of the Psychosocial Rehabilitation Centre were children from institutional care and that, according to experience in Lithuania, the staff working in even relatively small community care homes report excessive workloads, lack of motivation and resources (44), and experience changes and stress due to the ongoing deinstitutionalisation process (45–47), it was deemed more meaningful to investigate the possibilities of support for these children outside of the institutional care setting.

In conclusion, the objective of the study was to evaluate the influence of psychosocial interventions on the mental health and attachment of vulnerable children, with the primary focus being the establishment of a trusting relationship between the staff member and the child.

The aim of the study

The objective of this study is twofold: firstly, to investigate the relationship between attachment in children aged 8–11 years, and behavioral and emotional disturbances; secondly, to examine the impact of long-term therapeutic interventions (at least six months) on children's mental health, with a particular focus on the attachment system.

Objectives of the work

- I. To conduct the assessment of the mental state and attachment patterns of children attending two selected daycare centres.
- II. To compare the mental state of the children attending the Psychosocial Rehabilitation Centre (referred to henceforth as *Centre A*), which provides complex help, with that of the regular daycare centre (referred to henceforth as *Centre B*), which provides TBRI intervention.
- III. To evaluate the impact of psychosocial interventions provided by Centre A on the mental health and attachment of the children they served.
- IV. To evaluate the impact of TBRI provided at Centre B on the mental health and attachment patterns of the children they served.
- V. To compare the impact of help provided at Centre A and Centre B on the children's mental health and attachment.

Scientific novelty of the work

1. The study's primary innovation is that we aimed to measure the impact of the psychosocial interventions on the child's attachment, where the main aspect of the intervention was the relationship between the staff member and the child. Typically, programmes designed to enhance the security of the attachment system are directed towards the primary caregivers of children.
2. The recently inaugurated Centre A is a specialised facility that provides complex care for children who have experienced trauma. The study's investigation of the impact of the centre's therapeutic intervention on the children who participated in its programme is totally novel in Lithuania.

3. The sample in Centre A consisted of the children who were all residing in institutional care at the time of the study. We did not find any data on the effects of psychosocial interventions in a daycare setting for middle-aged children in institutional care.
4. There are enough data concerning the positive TBRI impact for traumatised children (49–55), but this study is the first to assess possible changes in the attachment system following TBRI using a highly valid measure of attachment in middle childhood – the *Child Attachment Interview* (CAI).
5. The first practitioners of TBRI debuted in Lithuania in 2018. At the time of the study, the method had been implemented in two daycare centres in Vilnius. The very fact that TBRI has been introduced in Lithuania is already a novelty. Also, a further study on the impact of the method has been additionally conducted.
6. The CAI interview is a time-consuming process, with an average duration of 5–8 hours per child. To the best of our knowledge, there are no published studies that would utilise the CAI assessment before and after the intervention.

Statements to be defended

1. Insecure and disorganised attachment types can be associated with behavioral and emotional problems in middle childhood.
2. The TBRI intervention is appropriate for use with children exhibiting symptoms of behavioral and emotional disorders, and preliminary evidence suggests that it may positively impact children’s mental health and enhance their attachment security.
3. Psychosocial interventions which prioritise the child-adult therapeutic relationship may have the potential to enhance the mental state of children with behavioral and emotional disorders, and to positively impact attachment.

Practical benefits of the work

Value created for the two research centres’ teams. The staff teams at both centres underwent TBRI training, and also participated in monthly TBRI case study sessions as part of the monitoring of the TBRI approach, with the objective of ensuring adherence to the principles of TBRI. It is noteworthy

that the TBRI approach is still being employed actively in both centres, even after the conclusion of the study.

Scientific value. The study is of pioneering nature not only in Lithuania, but also, to the best of our knowledge, there are no data available worldwide on the impact of psychosocial interventions on child attachment, combining the two aspects of middle childhood, and when the main therapeutic factor of psychosocial interventions is the staff member-child relationship. Although the study samples were small and the results cannot be generalised, the fact that, in both centres, there were several cases in which disorganised attachment changed to organised attachment (insecure dismissing) over a one-year period is of great relevance to the fields of psychology and child psychiatry.

Practical value. The subject matter of this paper is of interest to those engaged in the fields of child psychology, child and adolescent psychiatry, social work, and professionals working in the domain of child protection and child care. It is the hope of the author of this thesis that this work will contribute to the appreciation of the significance of the relationship with the child in a variety of contexts. There is also hope that practitioners will be giving greater consideration to the child's early experiences and the history of relationships with their caregivers when assessing the child's difficulties. It can be hoped that the positive results yielded by both research groups will serve to encourage the development of the much-needed psychosocial interventions in Lithuania.

As the participants in the Psychosocial Rehabilitation Centre study were children who had been living in institutional care, a key insight from this part of the study is that any new and intensive relationship with an adult for them should be established after an assessment of whether the relationship has the potential to be sustained. It is my hope that the work will assist child protection professionals and those working with children in care to consider and value the essential need of children to have at least one stable and responsive relationship.

The key aims and objectives of the study have been reviewed, and the practical value has been outlined. We shall now proceed to examine the literature on the subject.

2. LITERATURE REVIEW

Characteristics of attachment relationships in middle childhood

The term 'middle childhood' is used to describe the period between the ages of seven and 11^{10,11}. As posited by Kathryn Kerns and her colleagues (19–21,56), who primarily focused their research on attachment in middle childhood, this developmental period is characterised by a rapid advancement in cognitive abilities, particularly in metacognition, and a maturation of the child's personality, manifested in the differentiation of the sense of self. Furthermore, the child's self-awareness and self-regulation skills mature, and their social life undergoes significant changes, including an increase in the number of relationships with peers and others. Concurrently, the attachment system undergoes alterations, manifesting as a reduction in the intensity of relationships with key attachment figures and a transformation in the nature of these relationships (57,58). It is hypothesised that the integration and generalisation, and thus the diversification, of attachment relationships commences during middle childhood. The argument is that there is a gradual integration of relationship-specific internal working models into representations of attachment, which become not only relational, but also personal characteristics. However, this claim requires further empirical testing to assess the extent to which the child's internal working models at this age are already generalised or remain relationship-specific (57).

Kerns identifies the following key features of attachment in middle childhood (19–21):

1. The function of the attachment system undergoes a transformation, with the availability of the attachment figure becoming a primary consideration, rather than physical proximity, as was the case in early childhood (57). However, parents remain the main persons of attachment. Although, in middle childhood, children develop numerous relationships, and some of them show clear attachment dynamics, there is evidence that children still prioritise their parents during periods of distress, while peers are preferred only in the case of choosing to be together, which is not associated with the activation

¹⁰ According to the *Universal Lithuanian Encyclopedia*. See: <https://www.vle.lt/straipsnis/amziaus-tarpsnis/>

¹¹ Žukauskienė Rita. *Raidos Psichologija, Vidurinioji vaikystė*, p. 221–255. Vilnius, 2007 [In: Žukauskienė Rita. *Developmental Psychology, Middle Childhood*, p. 221–255. Vilnius, 2007].

of attachment (13,19,57). It is of particular significance that, at this developmental stage, the role of adults other than the child's primary caregivers is becoming increasingly influential in the child's life (20,21). However, the importance of other adults in the context of attachment at this age has, thus far, only been investigated within the school setting, and this research has revealed that, in certain instances, children may utilise teachers as attachment figures (22).

2. Co-regulation of the security base between the child and the parental figure strengthens. Waters and co-authors have identified a shift in the attachment system towards goal-corrected partnership and supervisory partnership during middle childhood (94). The attachment relationship becomes a co-operative alliance – the child relies more and more on the parent as a resource in dealing with his or her own difficulties, and thus learns increasingly to deal with them himself or herself.
3. Attachment figures remain the figures of *safe haven* and *safe base* bases that encourage the child's exploration; therefore, it is also important to balance the child's protection and exploration needs in the parent-child relationship in order to ensure security.

Attachment and its connection with psychopathology

The developmental model of psychopathology recognises that the development of psychopathology is the result of a complex interplay of risk, vulnerability, potentiation, and protective factors at the individual and environmental levels (183). In the following text, we shall look at the factors which disrupt the attachment formation and how attachment relationships are related to the development of psychopathology.

Attachment formation is disrupted when a child endures trauma from caregivers: psychological, physical, sexual abuse or neglect (5,63). In 1998, the Australian researchers Higgins and McCabe coined the term 'multi-type maltreatment' and found that the degree of violence experienced, i.e., the severity and frequency of violence, was much more important in the development of negative outcomes than the types of violence (63). In 2005, Finkelhor and colleagues coined the term 'polyvictimisation' and pointed out that polyvictimisation is often characterised by interpersonal victimisation accompanied by feelings of betrayal, malice, immorality, injustice, unlike in the case of a natural disaster (63,65). It is crucial to acknowledge that the formation of attachment is significantly impaired when a child is raised in an institutional setting. This is particularly evident when, as Dainius Pūras posits,

the child experiences a notable absence of individualised emotional attachment in lieu of a parental figure (8). A review of the literature reveals that a significant proportion of children in this population exhibit disorganised attachment, with prevalence estimates reaching 60% compared to 15–24% among children raised in families (15,16,74).

Despite acknowledging the particular significance of attachment, it is unlikely that attachment alone is the determining factor in the aetiology of the disorder. There is evidence that attachment relationships interact with other risk factors to influence the formation of psychopathology (1,2,77,78). It is crucial to emphasise that the different categories of insecure attachment are not equivalent to psychopathology, but rather increase the risk of developing the disorders. The following section will present theoretical insights into the links between psychopathology and attachment as a risk factor.

The following links between insecure attachment and risk mechanisms have been identified (62):

1. A sense of insecurity. Erikson posited that a fundamental sense of security and trust is the basis for healthy social and psychological development. Consequently, an insecure attachment experience that gives rise to a sense of insecurity represents a risk factor.
2. Inhibited mastery motivation. Children who are insecurely attached often display hesitancy, discomfort, or avoidance in their interactions with their environment, which can limit their exposure to a range of opportunities for exploration and learning. Research has identified a correlation between attachment, academic achievement, learning-related stress, and the intelligence quotient (80–83).
3. Disturbed emotional regulation. The experience of security becomes the most important and primary regulator of emotional experience. Over time, a regulatory system develops in the child's psyche that is dyadic in nature, whereby the child's emotional signals are modified depending on how they are perceived and responded to by the individuals responsible for their care. Evidence shows that securely attached children are more likely to use adaptive emotion regulation strategies and are more likely to experience positive as well as less negative moods (7,78,84).
4. The formation of internal working models (85). Attachment relationships give rise to the formation of a distinctive pattern of relationships, expectations and attitudes towards them. In insecure attachment relationships, children exhibit a lack of trust in others and their goodwill, as well as a negative self-perception. The relationship

between secure attachment and self-esteem, self-efficacy, positive self-image and the processing of social information in a positive manner is evidenced (1,78).

The theoretical model of the association between attachment and psychopathology is reflected in the research on children with a history of multiple traumas and associated disorders (37,63,86,87). Scholars have discovered that these children exhibit a range of emotional and behavioral issues. These include difficulties in regulating affect and behaviour, as well as in attention and consciousness. Additionally, they display distorted attributions regarding themselves and the external world, as well as interpersonal challenges (63,86,87). Furthermore, we shall provide a brief overview of the research evidence pertaining to the insecure and disorganised attachment types.

A meta-analysis conducted by Fearon and colleagues revealed a clear correlation between insecure attachment and the emergence of behavioral issues during childhood (10). Children with disorganised attachment are particularly susceptible to the development of behavioral difficulties. Additionally, a study by Gervinskaitė et al. also identified a link between insecure attachment and externalised conduct disorders (11). In a meta-analysis of studies examining the association between attachment and internalised difficulties, Groh et al. found that the dismissing attachment type, rather than the preoccupied and disorganised types, was significantly associated with internalised symptoms (4). The research evidence on the relationship between attachment and internalised difficulties is highly variable. This is likely due to the fact that internalised difficulties are generally less visible to caregivers, and may therefore be less accurately reflected if non-self-report methodologies are used to assess them (90). Borelli's findings indicated that disorganised attachment was more frequently linked with symptoms of depression, social anxiety, attentional and cognitive difficulties in middle childhood. Furthermore, children with this attachment style were more likely to meet the criteria for clinical disorders (91). In a longitudinal study (covering 4.5 years), Dubois-Comtois et al. investigated the influence of maternal distress, mother-child interaction, and attachment styles on children's behavioral issues in middle childhood. Their findings revealed that elevated levels of maternal distress and disorganised attachment were strongly associated with the child's inclusion in clinical groups for the internalised and externalised difficulties (77). Seibert and Kerns investigated the associations between different types of attachment and peer relationships in a longitudinal study (13). Securely attached children were perceived by both mothers and

teachers to be less ostracised by their peers than dismissing and disorganised children. Disorganised children appeared to be suffering from the most difficulties of all: they displayed a lack of prosocial behaviour, a proclivity for victimisation, and an elevated level of relational aggression. The findings of another longitudinal study yielded comparable outcomes, by indicating that children exhibiting a secure attachment style displayed a reduced incidence of behavioral difficulties and demonstrated enhanced communication competence. Conversely, children who displayed a disorganised attachment style exhibited a higher prevalence of behavioral challenges (56). Kochanska and Kim investigated the relationship of attachment with both mother and father to behavioral difficulties in 6–8-year-olds and found that children who were found to have insecure or disorganised attachment with both parents self-reported the highest number of problems, and their teachers also reported the highest number of externalised problems, if compared with children who were secure with at least one of their parents (92). The reviewed studies indicate that disorganised attachment is the type of attachment most associated with various psychopathologies. However, a significant number of researchers in 2017 posited that it is crucial to differentiate between disorganised attachment and a potential attachment disorder, as the latter is defined within the context of mental disorders (93). The following section shall examine the concepts and diagnostic features of attachment disorders.

Diagnostic features of attachment disorders

The discussion will commence with an examination of the instruments utilised for the assessment of attachment in middle childhood. It is of importance to note that the instruments used for the assessment of attachment were initially developed for use with infants and adults, and subsequently adapted for use with children in their middle childhood (94). Consequently, there is currently no validated ‘gold standard’ instrument for assessing attachment at this age (95). It has been acknowledged that, in middle childhood, it is crucial to evaluate the level of security and trust that a child experiences, and that behavioral assessment for the purpose of measuring feelings of security is of lesser importance.

The assessment of attachment in middle childhood can be categorised in the following manner: self-report questionnaires (97,98), interviews (94,103), projective methodologies (97,99) and secure base script methodologies (100,101). However, in accordance with the 2015-dated guidelines set forth by the *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), only two

instruments are recommended for use with children in the middle childhood years (102):

1. The *Child Attachment Interview* (CAI) (89). The CAI's psychometric properties as a particularly suitable tool for use in middle childhood have been demonstrated in several studies (88,91,95,97,103). As CAI was used in this study, it will be described in more detail in the Chapter *Participants and Methodology*.
2. The *School-age Assessment of Attachment* (SAA) (99). It consists of cards depicting situations that can happen to a school-age child and are related to the activation of the attachment system. The child is asked to tell what happens in each situation. The interview is recorded and transcribed. Finally, the interview is coded – the coding is taken from the *Adult Attachment Interview* (AAI) and adapted for school-age children.

The attachment assessment methods discussed above provide a classification of a child's attachment (secure, insecure-dismissing, insecure-preoccupied, or disorganised¹²). However, it is important to note that none of the attachment categories (insecure-dismissing, insecure-preoccupied, or disorganised) is in itself indicative of a disorder (93,104–106).

Thus, two distinct attachment disorders are delineated in the *International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification* (ICD-10 AM): Reactive Attachment Disorder of Childhood (F94.1), or Disinhibited Attachment Disorder (F94.2) (108). In accordance with the DSM-V classification, analogous disorders include Reactive Attachment Disorder (RAD) and Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED) (109).

Both attachment disorders are defined by the presence of symptoms in the child by the age of five years, with the additional criterion of the child having experienced social neglect. The disorders typically result from a prolonged exposure to institutional care, which impairs the child's capacity to form selective attachment bonds (109). It has been demonstrated that children who have been subjected to maltreatment may present with symptoms of both disorders (111). Furthermore, both disorders are more prevalent in children who have been institutionalised or who have been raised in foster care (111). It is of importance to note that not all individuals who have experienced institutional care will develop such a disorder. The influence of genetic factors and environmental interactions has been a topic of consideration in this regard

¹² In order to ensure consistency throughout the text, the terms used to describe attachment classifications are those that are employed in CAI.

(110,112). There are several studies that find between 0.9% and 1.4% of RAD and DSED disorders in the general population, among families at risk (106,113). It has been demonstrated that RAD can manifest alongside a range of other mental health conditions, including hyperactivity and attention deficit disorders, behavioral issues, oppositional defiant disorder, phobias, and tics (106,113,114). It is of particular importance to note that the symptoms of RAD frequently dissipate entirely when the child is placed in an environment that is optimal for their growth and development (115). However, it has been demonstrated that the duration of institutional care is a significant predictor of the persistence of RAD symptoms, even after the child has been placed in a family environment (114). Children who exhibited DSED symptoms, as defined by Rutter, were still being diagnosed with such symptoms as late as the age of 11. This was despite the fact that they had spent only a brief period in institutional care in infancy, and had subsequently grown up in families (75,115). It is hypothesised that this is related to the difficulty experienced by children with a history of institutional care in forming a selective attachment bond.

Furthermore, the paper will introduce the concept of *Developmental Trauma Disorder*, which was proposed for inclusion in DSM-V. It was deemed pertinent to include this information, given that our study focused on children in middle childhood, because ICD-10-AM and DSM-V specify that RAD and DSED can only be diagnosed up to the age of five.

In 2005, the earliest articles authored by American researchers appeared, positing that the establishment of a new diagnosis – Developmental Trauma Disorder – was necessary for the adequate explanation of the multiple trauma-induced disorders observed in children (63,86,87,116,117). The necessity for a diagnosis was based on research findings indicating that the prevalence of traumatic experiences in childhood is associated with subsequent developmental impairment. The presentation of symptoms among these children encompasses diverse domains, including behavioral, emotional, cognitive, and relational. It has been observed that children who have experienced childhood trauma are often diagnosed with non-specific disorders. This practice has the effect of psychiatricising and stigmatising their experiences, which, in turn, results in a failure to provide adequate help. A number of studies have been conducted with the objective of determining whether these distinct symptoms manifest concurrently in children who have experienced trauma and, if so, whether they can be differentiated from existing diagnostic categories (118–120). The most significant correlations were found between the following symptoms: aggression, emotional lability, negative emotional state, self-harm, inattention, low self-esteem, and frequent

interpersonal conflicts (63). The investigation additionally sought to determine whether DTD is associated with disparate traumatic experiences than PTSD. Findings suggest that DTD may be linked to instances of domestic and community violence, and, to a greater extent, to the impairment of primary caregivers. Conversely, PTSD seems to be predominantly associated with physical assault or abuse (87). The research in this field is ongoing, with data emerging in 2021 indicating that although PTSD and DTD may have a comparable traumatic history, only DTD has been demonstrated to be linked to emotional abuse and separation from parents or caregivers (119). There is evidence that DTD can be associated with PTSD and other psychiatric disorders, including separation anxiety, panic disorder, and conduct disorder (121). Therefore, it is of importance to consider the possibility of traumatic experience-induced DTD disorder when assessing a child with multiple symptoms (120,122).

Having reviewed the diagnostic features of attachment disorders, we can proceed to the subsequent section, wherein we shall examine interventions designed to enhance attachment security.

Long-term therapeutic interventions, designed for insecure or disorganised attachment

“Relationship-based trauma can only be resolved through loving, stable relationships”

Karyn Purvis, David Cross, Donald F. Dansereau & Sheri R. Parris, 2013

It is essential to note that as long as there is no unified diagnostic system to identify children in need of multiple trauma-focused interventions, intervention approaches are described in different ways, and it is difficult to find studies describing the impact of such interventions on children’s psyche.

The term ‘psychosocial interventions’ or ‘psychosocial treatment’ encompasses a range of psychological interventions that are not pharmacological in nature (123,124). In this work, the term ‘psychosocial interventions’ is used in accordance with the commonly accepted definition among mental health professionals which defines these as non-pharmacological interventions comprising a range of psychological and educational elements. These interventions may vary in terms of duration (short-term or long-term) and the type of intervention (individual, group, or community-based). Despite the absence of a consensus regarding the definition of long-term interventions in the field of children’s mental health, they are typically considered to be those

that last for a minimum of six months; therefore, this definition will be also used in this study.

In the field of research, the impact of interventions aimed at treating developmental trauma is almost exclusively addressed by the same group of authors who proposed the diagnosis of Developmental Trauma Disorder, namely, van der Kolk, Ford, and Spinazzola. In addition, we shall examine studies conducted by other researchers who have employed interventions targeting Developmental Trauma Disorder, also known as Complex Developmental Trauma. Furthermore, given that impaired attachment experience is a primary criterion according to the proposed criteria for developmental trauma disorder, we shall also review interventions aimed at influencing attachment security.

In a meta-analysis of attachment interventions designed to enhance caregiver sensitivity, Bakermans-Kranenburg and colleagues identified a number of key findings (17). They found that interventions with a clearly defined objective, such as enhancing maternal sensitivity towards the child, were the most effective. Furthermore, the findings indicated that interventions that were more successful in increasing parental sensitivity were also more effective in strengthening attachment security. This supports the notion that parental sensitivity plays a pivotal role in the formation of attachment. A second meta-analysis was conducted by the same group of authors to evaluate the impact of early interventions (prior to the age of three years) on disorganised attachment (126). This study also demonstrated that interventions that emphasised parental sensitivity were more effective in reducing disorganisation than those that prioritised support and parental mental representations. Further evidence substantiates the efficacy of early interventions for primary caregivers. These interventions can facilitate a transition from an insecure attachment type to a secure attachment, even in cases of disorganised attachment (127,128).

The researchers who proposed the diagnosis of Developmental Trauma Disorder – Kinniburgh, Spinazzola, van der Kolk from the *National Child Traumatic Stress Network* – also proposed a framework for intervention for children with Complex Developmental Trauma (130). They stated that the therapeutic interventions should be focused on six key objectives: the provision of a sense of security, the fostering of self-regulation, the encouragement of self-reflective information processing, the integration of traumatic experience, the formation of attachment relationships, and the strengthening of positive emotions. This conceptualisation of the therapeutic process is known as the *Attachment, Self-Regulation, Competency* (ARC) Model (129). The ARC Principles serve merely as a framework for the formulation of an individualised intervention plan. The objective of the guidelines is to facilitate the development

and reinforcement of competencies, the alleviation of internal stress, the establishment of security within the parenting system, and the augmentation of the child’s comprehensive psychological resilience. Subdivision of the intervention into individual, family, and systemic levels is intended to facilitate coherence between the various environments. The evidence indicates that ARC interventions are effective in reducing trauma-related symptoms (131).

Another approach that is explicitly designed to target children with complex developmental trauma is the *Trust-Based Relational Intervention* (TBRI), which was developed at the Texas Christian University (37). As the primary developers of TBRI, Karyn Purvis and David Cross, have proposed: “relationship-based trauma can only be resolved through loving, stable relationships” (37). TBRI is an attachment-based, trauma-informed intervention that is designed to meet the complex needs of vulnerable children (37,50,132). The TBRI approach can be considered analogous to the parenting model that must be applied in daily interactions with the child. The argument is made that children typically spend a considerably greater amount of time at home than they do in the specialist room, which is why the intervention that is applied ‘here-and-now’ should be considerably more effective. As TBRI was used in this study, we are required to present it in more detail. The TBRI approach aligns with the fundamental tenets of the ARC intervention, yet it distinguishes itself from the ARC model by offering not only the aforementioned intervention principles, but also a comprehensive set of targeted tools. The intervention is formed of 3 main principles: *Connecting*, *Empowering*, and *Correcting*. A summary of the elements of each principle is given in Table 1.

Table 1. TBRI principles (184)

Connecting Principle	Empowering Principle	Correcting Principle
1. Engagement Strategies – teaching to connect with children, such as with eye contact, behavioral matching, and playful engagement.	1. Physiological Strategies focusing on the internal physical needs of the child (hydration, nutrition, and sensory needs).	1. Proactive Strategies – designed to teach social skills to children during calm times.
2. Mindfulness Strategies – training caregivers’ awareness of what do they bring to the interactions with children; also training importance of self-care.	2. Ecological Strategies focusing on the child’s external environment (transitions, scaffolding, daily rituals) and learning self-regulation skills.	2. Responsive Strategies providing caregivers with tools for responding to challenging behavior from children.

There is a substantial body of evidence indicating that the TBRI intervention has a beneficial effect on children who have experienced trauma

(49–51,53–55,135). Nevertheless, prior to this study, no investigation had employed an observational methodology to assess the impact of TBRI on the child's attachment system. In this study, we employed a novel approach by measuring the impact of TBRI using CAI, which allowed us to capture changes in the child's mental representations of attachment.

In summary, the TBRI method has a wide range of applications. It could be described as a parenting model that involves the main caregivers in the child's everyday environment. However, from the outset of the first studies on the impact of TBRI, it has been used to train specialists in a variety of settings, including day camps, schools and support centres for children with trauma. One of the key advantages of the method is that it is accessible to a diverse range of individuals, including professionals and those without a background in childcare or parenting. Additionally, the training duration is relatively concise, with a total of 22 hours. Nevertheless, subsequent follow-up meetings are required to monitor the method's implementation and enhance its fidelity of application in practice. As the author of this thesis was afforded the opportunity to learn the TBRI method and qualify as a TBRI practitioner prior to her doctoral studies, and as the aforementioned advantages were identified, the author elected to implement specifically this method.

Several other models of interventions for children with the symptoms of DTD have been described, which are designed for use in organisations rather than at the individual level, and one of such model is the *Neurosequential Model of Therapeutics* (NMT) (136,137). The model comprises three principal elements: a) an evaluation of the child's developmental history; b) an assessment of the child's current state, including brain mapping; and c) the formulation of recommendations for interventions. Several studies have assessed the efficacy of NMT, indicating its efficacy across a range of indicators (e.g., a reduced frequency of physical restraint, reduced symptoms of behavioral and emotional disturbances, improved development) in inpatient settings (138) and in the preschool setting (139).

Having considered the potential interventions to enhance attachment security and support children with symptoms of Developmental Trauma Disorder, we shall present our study below.

3. PARTICIPANTS AND METHODOLOGY OF THE STUDY

The study programme comprised the following steps:

1. Preparation of the study protocol and the documents and permits required for the study.
2. Selection of the participants into study groups according to the selected inclusion criteria.
3. Data processing, statistical analysis.
4. Summarising the data, preparing publications, drawing up conclusions and recommendations.

The study was approved by the *Institutional Biomedical Studies Ethics Committee* of Vilnius University, Faculty of Medicine. The permission number is 2019/2-1103-601; issued on 15 February 2019 (see Annex 1).

Two purposive research centres were envisaged: the *Psychosocial Rehabilitation Centre* (hereafter referred to as Centre A), and the social daycare centre *The Angel of Hope* (hereafter referred to as Centre B).

Both centres consented to collaborating with the researchers and to undergoing training in TBRI. The legally responsible persons of the children attending both centres, who were aged between 8 and 11 years at the commencement of the study, were informed about the study.

The following criteria were established for eligibility in the study:

1. Participation in the programme during the study year (2019/2020).
2. Children aged 8–11.
3. Children may be diagnosed with an emotional, behavioral, attention deficit, or learning disorder, but not an intellectual disability, an autism spectrum disorder, or psychosis.
4. Legally responsible persons accept the participation of the children and sign the informed consent form (refer to Annex 2).
5. Children accept to participate in the study and sign a brief informed consent form written in simple language (refer to Annex 3).

Hypotheses of the study

1. Children from Centre B have adverse childhood experiences. Therefore, during the assessment, they will show symptoms of behavioural and emotional disorders.
2. Positive changes in children's mental health are expected at both centres after 1 year.

- At both centres, on CAI, subscales indicating security of attachment will shift towards a more secure level.

Study design

The study sample was purposive: a newly established Centre A providing complex care and a regular daycare Centre B where the TBRI method was introduced for the first time in Lithuania. Due to the purposive nature of the sample and the fact that the study was to be carried out over a 2-year period, it was expected that the number of participants would be sufficiently small, which led to the design of a case series study. According to the *Dictionary of Epidemiology*, a case series study is defined as a collection of subjects with common characteristics used to describe some clinical, pathophysiological or surgical aspect of a disease, treatment, or diagnostic procedure effect (140). It is considered that a case series study should describe 4 or more cases (141).

As the study highlighted several cases in both study centres with a clinically significant improvement in their condition and a change in their type of attachment, it was chosen to describe these cases in more detail; thus, the case report design was used (140).

Table T2. The structure of the assesment (184)

T1 (2019 or 2020 August– September)		T2 (2020 or 2021 February– March)		T3 (2020 or 2021 August– September)	
1.	Clinical interview with the child	1.	Clinical interview with the child	1.	Clinical interview with the child
2.	CAI with the child	2.	---	2.	CAI with the child
3.	Clinical interview with a parent + CBCL/6-18, SDQ	3.	Clinical interview with a parent + CBCL/6-18, SDQ	3.	Clinical interview with a parent + CBCL/6-18, SDQ
4.	TRF/6-18, SDQ for teachers	4.	TRF/6-18, SDQ for teachers	4.	TRF/6-18 for teachers
		5.	Questionnaire for the staff about the use of TBRI	5.	Questionnaire for the staff about the use of TBRI

The course of the study

The study took place from February 2019 to September 2021. Assessments were scheduled at the baseline (T1), after six months (T2), and after 1 year (T3) of attending the daycare centre. In Table 2, the structure of the assessment procedure is given. At both study centres, staff members received 22 h of training on TBRI. Afterwards, they had monthly case-analysis sessions according to TBRI for one year. TBRI training was provided by a certified TBR practitioner, specifically, the author of this thesis. The same procedure for the study was carried out in both centres.

Assessment tools

1. The ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) questionnaire *Child Behavior Checklist for Parents (CBCL/6-18)* and *Teachers (TRF/6-18)* standardised Lithuanian translations were used (143) (see: www.aseba.org).
2. The Strengths and Difficulties Questionnaire (Lithuanian translation) for ages 4–17 full and follow-up versions with the impact supplement for caregivers and teachers (SDQ-Lit) were used (144) (see: www.sdqinfo.org).
3. A semi-structured clinical psychiatric interview for caregivers was used. This interview was developed by the author of this thesis, a child psychiatrist, according to the guidelines indicated in J.M. Rey's *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (147). The interview consisted of 17 open questions, with clarifying sub-questions, if needed. The author of this work conducted all the interviews with the caregivers.
4. The *Child Attachment Interview (CAI)* for children at T1 and T2, and the interview translation into Lithuanian was used (185) (see Annex 4). CAI was developed by Shmueli-Goetz et al. from the *Anna Freud National Centre for Children and Families* as a measure designed to assess attachment in middle childhood and adolescence [38-40]. In order to keep the requirement of CAIs, children were interviewed by the author of this thesis at T1 (when the children did not know her) and by the research collaborators who had undergone a 3-hour training on how to conduct CAI. The interviews were video-recorded, as coding needs to be based not only on spoken language, but also on non-verbal behaviour (88,89). After the transcription of CAI, it can be coded by a certified coder, where a score is given to the following

nine scales: Emotional Openness, Balance of positive and negative references to attachment figures, Use of examples, Preoccupied Anger, Resolution of Conflicts, Idealisation, Dismissal, Atypical/Disorganised Behavior, and Overall Coherence. Emotional Openness, Balance of Positive and Negative References (to attachment figures), Use of Examples, Resolution of Conflicts, and Overall Coherence scales scores of 5 and above, up to 9, indicate attachment security, whereas scores below 5 indicate insecurity. Finally, the attachment organisation is determined; a child can be classified as secure, insecure dismissing, insecure preoccupied, and disorganised. A different attachment classification is designed for all attachment figures.

5. Clinical mental status examination interviews for children. The author of this thesis structured this interview according to the guidelines indicated in J.M. Rey's *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (147). It consists of 22 questions, with sub-questions to be used, if needed.
6. Questionnaires and semi-structured interviews about the use of TBRI were used at T2 and T3. The author of this work developed this questionnaire. It consists of 4 sections: the first three sections encompass statements about the three main structural parts of TBRI: the Connecting principle (12 items), the Empowering principle (7 items), and the Correcting principle (13 items). The staff members had to choose how often they used each intervention element: never/sometimes/often/always. The 4th section of the questionnaire has 3 open questions (see Annex 4).

Data processing

For CBCL and TRF, the scores were transferred into the paper profile. It can be determined which score is in the normal, borderline (93–97 percentiles), or in the clinical range (98 percentile and above), and the range scores differ for boys and girls.

The SDQ data were subjected to an online evaluation via the provided website (<https://sdqscore.org/#>). The possible responses were as follows: close to average; slightly raised; and high. A diagnostic assessment was conducted to ascertain the potential for impairment, categorised as low, medium, or high risk.

CAIs were coded by an independent certified CAI coder. The second certified CAI coder coded thirty percent of the interviews to test the reliability

of the coding, and the two coders were blinded to each other's scores. There was 100 percent agreement between the two coders on the attachment classification. Intraclass correlation coefficients (ICC) between the two coders were substantial for eleven subscales, ranging from the lowest ICC for Resolution of Conflicts of 0.64 to other subscales of 0.7 to 0.92. The median ICC indicates robust agreement between the two coders; for all scales, it was 0.86.

The data derived from the clinical interviews, along with those obtained from the questionnaires, were subjected to analysis. After careful analysis, if it was appropriate, a mental disorder diagnosis was assigned according to the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision (108).

All statistical analyses were performed by using *R* (Version 3.6.2) and *R Studio* (Version 1.3.959) software. Continuous variables are expressed as mean \pm SD. These were checked for normal distribution by using the Shapiro-Wilk test. Since the sample size was small and normality assumption was rejected, paired comparisons of continuous variables were done by using the Wilcoxon signed-rank test. A p value <0.05 was considered statistically significant. Power was checked by using *G Power 3.1* software.

In the case of Centre A, only descriptive statistical analysis was conducted. For Centre B, statistical analyses were conducted on the data obtained from the CBCL6/18, TRF 6/18, and SDQ questionnaires.

Furthermore, the data obtained from the questionnaires completed by both groups were analysed to calculate individual change statistics (148). The statistical instrument employed is the standardised individual difference (SID). It is assumed that SID has a standard normal distribution. Therefore, with a 95% confidence level, subjects with a value greater than 1.96 are deemed to have undergone a significantly larger (positive) individual change, and those with a value lower than -1.96 are deemed to have undergone a significantly smaller (negative) individual change.

Data from the T2 assessment were not included in the final analysis. In the case of Centre B, a large proportion of the teachers' data were missing, and the overall data from the T2 assessment were almost indistinguishable from the change in T1, and were therefore excluded.

Content of psychosocial interventions

Centre A

The intervention consisted of individualised care focusing on staff building a trusting relationship with the participants by using the principles of TBRI. The children attended the day centre four days a week after school for 3 hours a day. The therapeutic programme for each participant was individualised according to his or her difficulties, but was generally similar. The ratio of the children to staff was ~0.7 to 1. All children had a staff member who was assigned to be that child's 'own person'. This person established a secure and trusting relationship with the child and was responsible for coordinating and individualising the therapeutic programme. Each 'own person' had two children in their care. The staff communication and therapeutic relationships were based on TBRI.

In addition, each child underwent a weekly one-to-one session of either art or music therapy, conducted by the relevant specialist. They also had individual psychotherapy sessions once a week at the centre, or continued sessions with their previous psychotherapist outside of the centre. Furthermore, the children engaged in collective activities with staff members (e.g., reflection sessions, sensory and physical activities, mealtimes). Those group activities were also influenced by the TBRI principles, with the objective of identifying the needs of the child beyond their behavioral manifestations, and subsequently responding to those needs. All of the children's main caregivers (most often, they were the principal staff members from their institution) had a meeting with the child's 'own person' and psychologist every six weeks. They discussed the child's emotions, behaviour, and communication habits. The meetings were informative, supportive, and aimed at providing practical recommendations for the carers. The carers did not receive TBRI training, except for those of the child who joined the study in September 2020. This child's two main caregivers received 22 hours of TBRI training.

Centre B

This is a non-governmental social daycare centre located in the centre of Vilnius City. Most often, the centre accepts children from socially vulnerable families. The children come to the centre after school, do their homework at the centre, and take part in various activities which teach them socially

acceptable communication skills, self-regulation, and emotional awareness. There are also leisure activities aimed at promoting healthy lifestyles and learning to choose meaningful leisure activities. The ratio of the staff to children is quite low, around 0.2–0.5 but the staff are supported by adult volunteers.

The staff interacted with the children during the study by using the principles of TBRI. Due to the low ratio of the staff to children, some principles were difficult to apply. The specifics of TBRI will be discussed in more detail in the Results section.

Conflict of interest

The author of this thesis conducted TBRI training and case discussions with both study centre teams. Additionally, she conducted interviews with the staff members from the aforementioned centres about the use of TBRI. The author's strong belief in the positive effects of the TBRI method may have introduced a bias into the study. It should be noted, however, that the potential for bias was reduced by several factors. The interventions were not applied by the author herself, but by the staff of the centres she had trained. In addition, a number of other individuals were involved in the assessment process. The CAIs were conducted and transcribed by the study collaborators and coded by two independent coders. Furthermore, the questionnaires about the children's mental state were completed not by the centre staff trained by the author, but rather by the children's caregivers and teachers who were not directly involved in the application of the TBRI method.

4. RESULTS

Centre A

Seven children were included, but two boys dropped out – they refused to be filmed during CAI. Thus there were 5 participant children aged 8–11 years (mean = 9.4, SD = 0.9). All of the participants had a history of adverse childhood experiences, and several of them had actual negative relationship experiences as reported by their caregivers (see Table 3).

Table 3. Adverse childhood experiences of Centre A participants

Participant's ID	Adverse childhood experiences and negative life events
01	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Physical and emotional neglect in biological family ▶ Witnessed physical violence in biological family ▶ Removed from biological family at age 4 ▶ Relationship trauma – had 2 different temporary foster families
02	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Emotional and sexual abuse ▶ Removed from biological family at age 6 ▶ Repeated relationship trauma – had 4 different temporary foster families
Participant's ID	Adverse childhood experiences and negative life events
03	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Physical and emotional neglect in the biological family ▶ Witnessed physical violence in biological family ▶ Removed from biological family at age 6 ▶ Repeated relationship trauma – had 2 different temporary foster families
06	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Physical and emotional neglect in the biological family ▶ Witnessed parental conflict in biological family ▶ Removed from biological family at age 1 ▶ Relationship traumatised aged 9 – placed in another home
019	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Physical and emotional neglect within biological family ▶ Emotional and sexual abuse in biological family ▶ Removed from biological family at age 5.5 ▶ Bullying at school

All the participants had psychiatric ICD-10 (108) diagnoses prior to entering the centre (see Figure 1 on page 46). Three participants were diagnosed with Other Childhood Emotional Disorder (F93.8); one with Other Childhood Social Functioning Disorder (F94.8); one with Attention Deficit Disorder without Hyperactivity -F98.8. Three children had a second diagnosis of a Mixed Disorder of School Skills (F81.3), and one boy had a second diagnosis of Non-organic Enuresis (F98.0).

The distribution of the participants' attachment classification at T1 was as follows: three children were classified as insecure dismissing and two were classified as disorganised. The classification was the same for all the attachment figures – most often, the children reported biological parents or grandparents as their attachment figures.

The data on difficulties at school were as follows: 4 participants had already been assessed by the *Pedagogical Psychological Service* (PPS) and diagnosed with a learning disability, including attention problems, speech and language problems, low intellectual functioning, specific reading and writing

problems. One participant was still waiting to be assessed by PPS. The questionnaires completed by the teachers showed a slightly different picture: in TRF/6-18, only one participant had a clinical level of aggressive and rule-breaking behaviour. According to the data of SDQ, two participants had attention difficulties at school. However, during the interviews, all carers reported that the children had either learning difficulties or behavioral difficulties at school (see Figure 2).

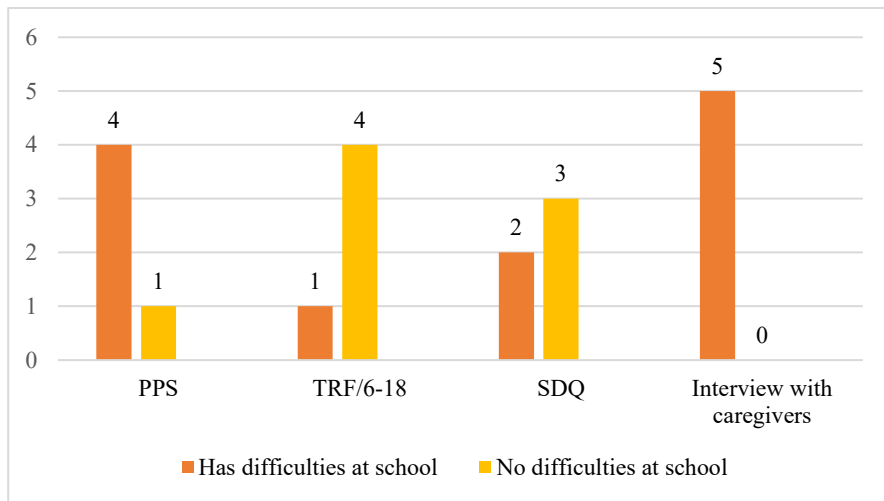


Figure 2. Centre A participants: difficulties at school

Change after one year

Data from the clinical interviews with caregivers at T3 showed that all five participants improved in behaviour, emotional and academic functioning, and communication. One participant's attachment organisation changed from disorganised to insecure dismissing. But, for one participant, his insecure dismissing attachment shifted to disorganised at T3. Two participants showed a slight improvement on the CAI scales indicating security. The change in the security indicating scales on CAI between T1 and T3 is indicated in Table 4.

Table 4. Centre A change of CAI between T1 and T3

Participant's ID	Eo* T1	Eo T3	Bal T1	Bal T3	Ex T1	Ex T3	Confl T1	Confl T3	Coh T1	Coh T3
01	1.5	1.5	3	3	2	1	5	3	2	2
02	2	2	2	4	2	4	2	3	1	3
03	1	1.5	1	2	3	3	3	1	2	2.5
06*	2.5	1.5	2	1	3.5	2.5	3	4	3.5	1
019**	3.5	2	4	1	3	2	3	3.5	3	3

*EO stands for Emotional Openness, Bal – Balance of positive and negative references to attachment figures, Ex – Use of examples, Confl – Resolution of Conflicts; Coh – Overall Coherence. *Attachment classification changed from Insecure Dismissing at T1 into Disorganised at T3. **Attachment classification changed from Disorganised at T1 into Insecure Dismissing at T3.

At T3, lower scores were also observed on most scales of the caregiver and teacher forms of SDQ (see Table 5).

Table 5. Centre A participants: SDQ scores at T1 and T3

Subscale	T1 M (SD)		T3 M (SD)	
	Caregivers	Teachers	Caregivers	Teachers
Emotional distress	3.2 (2.28)	1.4 (0.54)	2.4 (2.19)	1.6 (1.34)
Behavioral difficulties	3.8 (2.38)	2.2 (0.44)	2.8 (0.83)	3.0 (1.58)
Hyperactivity and concentration difficulties	6.4 (2.3)	5.8 (2.58)	6.4 (2.19)	4.8 (1.78)
Difficulties getting along with other children	4.4 (0.54)	2.6 (1.14)	3.8 (1.3)	2.2 (0.83)

At T3, lower scores were observed on most scales of the CBCL6/18 questionnaire compared to T1 (see Table 6), but the teachers reported more attention problems and more symptoms of withdrawal at T3. This difference can be explained by the fact that different teachers completed the questionnaires for several participants.

Table 6. Centre A participants: scoring change as measured by CBCL and TRF

Subscale	T1 M (SD)		T3 M (SD)	
	CBCL	TRF	CBCL	TRF
Anxiety/depression	7.4 (6.88)	3.2 (2.39)	4.0 (2.54)	3.6 (4.77)
Withdrawn/depressed	3.0 (1.58)	2.2 (0.84)	3.4 (1.67)	3.8 (4.65)
Social problems	6.6 (3.84)	3.0 (1.22)	5.0 (2.12)	2.6 (1.51)
Thought problems	3.2 (2.39)	1.2 (0.45)	1.0 (0.0)	1.4 (0.89)
Attention problems	6.8 (1.64)	16.6 (4.51)	6.2 (1.31)	19.0 (4.00)
Rule-breaking behaviour	8.8 (4.97)	4.2 (2.17)	5.0 (1.87)	4.2 (3.7)
Aggressive behaviour	14.2 (9.76)	5.2 (2.59)	10.6 (3.78)	8.7 (9.07)

Following the calculation of the *Standardised Individual Difference* (SID) for the SDQ caregiver data, it was observed that only the participant with 06 ID exhibited a significant decline in difficulties with their peers (see Table 7).

Table 7. Centre A participants SDQ, filled out by caregivers, SID

Participant's ID	Emotional difficulties SID	Behavioral difficulties SID	Hiperactivity SID	Difficulties with peers SID
01	1.16	-0.76	0.00	0.00
02	-0.39	1.13	1.63	0.66
03	-0.77	0.00	0.00	-0.66
06	0.00	-0.76	-0.82	-1.98
019	-1.55	-1.51	-0.82	0.00

Following the calculation of SID for the CBCL data, it was observed that only the participant with 019 ID exhibited a significant decline in anxiety/depression, thought problems, rule-breaking, and aggressive behaviour (see Table 8).

Table 8. Centre A participants CBCL SID

Participant's ID	Anxiety/depression SID	Withdrawn/depres. SID	Social problems SID	Thought problems SID	Attention problems SID	Rule-breaking SID	Aggressive beh. SID
01	0.000	-0.869	0.000	-0.419	0.000	-1.006	-0.485
02	-1.205	-0.434	0.911	0.000	0.513	0.000	0.000
03	0.000	1.737	-0.228	-1.257	-2.052	-0.201	0.646
06	0.000	0.000	-0.683	-0.419	0.000	-0.201	-1.131
019	-2.209	0.434	-1.821	-2.513	0.000	-2.415	-1.939

After an overview of the overall results from Centre A, the next section looks in more detail at the two cases where the type of attachment changed over the one-year study.

Case of Adam (pseudonym), a 9-year-old boy

At T1, Adam suffered from chronic symptoms of severe outbursts of anger with physical aggression towards things and people; sexualised behaviour; negative attitudes towards himself; irritable mood; problems with peer communication; learning problems; and nocturnal enuresis, as reported by his caregivers. These symptoms were reported in the questionnaires: the caregivers reported problems on all scales of the SDQ, and on the CBCL6/18

scales Anxiety/Depression, Social Problems, Thinking Problems, Rule Breaking Behaviour, and Aggressive Behaviour were in the clinical range. The teacher noted behavioral difficulties and difficulties in getting along with peers on SDQ, and problems in communicating with peers, as well as lack of motivation on TRF6/18. The boy himself reported having enuresis.

Adam had lived in residential care since the age of five and a half. He had a history of physical and emotional neglect and suspected sexual abuse. His mother was addicted to alcohol, whereas his father was addicted to opioids.

His classification of disorganised attachment at T1 changed to insecure dismissing at T2. This change is consistent with his clinical improvement – his carers reported a remarkable change in his behaviour. He also had substantially fewer episodes of enuresis. A consistent decline was observed in SID for CBCL, thereby indicating a significant difference in anxiety/depression, thought problems, rule-breaking and aggressive behaviour subscales.

This boy attended the therapeutic programme for 55 days face-to-face, and 66 days virtually because of COVID-19. He had supportive factors that could contribute to his marked improvement. During the study, he met his future foster parents. This was completed with the legal process of preparing him to move in with them. In the interview he spoke of them as his future parents, and his residential carers reported good and stable relationships with them. This boy continued (for the third year) to have weekly sessions with his previously known psychotherapist. His two primary caregivers from his institution had completed TBRI training and were trying to apply the intervention principles in the institution; hence, this boy experienced consistency in two settings: the psychosocial rehabilitation centre and the institution.

Case of Thomas (pseudonym), a 10-year-old boy

At T1, Thomas had chronic and severe outbursts of anger with physical aggression towards objects and people; depressed mood, self-harming behaviour; difficulties adapting to the environment; learning problems. At SDQ, carers reported behavioral difficulties and difficulties in getting along with peers at moderate risk. The teacher in the TRF 6/18 form noted that the boy was impulsive, lacked self-confidence and motivation, and had attention problems.

Thomas was removed from his biological family at the age of 1. He had experienced physical and emotional neglect during the first year of his life. His mother had a history of alcohol abuse. He had witnessed conflicts in the

family. His biological parents maintained a rare and fractured relationship with him until the boy was ten, when they had legal proceedings for the restoration of parental rights. At the age of nine, before entering the *Psychosocial Rehabilitation Centre*, Thomas experienced relational trauma – he had changed institutional home, and underwent the change of the staff.

He was classified as insecure dismissing at T1 and moved to disorganised attachment at T2. His scores on the security subscales were also lower at T2, with the exception of the Resolution of Conflicts subscale. This boy had an exceptional experience in residential care – his parents asked for permission to take him home after 9 years. This action of the parents coincided with the therapeutic process at the *Psychosocial Rehabilitation Centre*. Thomas' assessment at T2 took place only one month before he moved in with his biological parents.

His carer from the institution reported the improvement at T2: he had fewer outbursts of anger; he could accept compromises, and he was more engaged in learning. Upon calculation of SID for SDQ, a significant difference in the subscale for peer interaction difficulties was observed.

This boy also stated in the interview that he could now regulate himself better. During the study, this boy changed schools – he graduated from primary school, and moved on to secondary school. At T2, the new teachers reported that withdrawal/depression was at the clinical range, whereas aggressive behaviour and anxiety/depression were at the borderline range. Thomas had attended the face-to-face therapeutic programme for 107 days.

Use of TBRI elements

The TBRI questionnaire was completed by six members of the Centre A staff. It was observed that, at T2 assessment, the majority of the Connecting principle elements were *always* employed by the staff, with a notable increase in the use of these principles at T3. Similarly, at T3, there was a notable increase in the use of Empowering Principle elements and Correcting Principle items, when compared to T2 (see Table 9).

Table 9. Use of TBRI elements at Centre A

	T2		T3	
	M	SD	M	SD
Connecting Principle:				
Sometimes	1.3	0.6	1.3	0.6
Often	1.8	1.2	1.7	1.1
Always	4.5	1.1	5.1	0.7
Empowering Principle:				
Sometimes	1.5	1.0	1.0	0
Often	2.7	1.2	1.9	0.7
Always	3.1	1.2	4.9	0.7
Correcting Principle:				
Sometimes	1.3	0.6	1.2	0.5
Often	3.0	1.5	2.1	1.2
Always	2.9	1.9	3.9	1.8

Centre B

The data from T2 were not included in the final analysis because of the lack of questionnaires from the teachers (8 were lacking out of 12). At T3, there were also 50% of the questionnaires lacking from the teachers; they were not included in the final analysis, hence, the change between T1 and T3 was measured only by using the questionnaires completed by mothers.

Twelve participants (female=3, male=9) whose parents gave informed consent participated in the study. The age mean of the participants was 9.4 (0.99).

All children had 2 or more adverse childhood experiences in their past: physical abuse, physical and emotional neglect, household violence, parents with alcohol dependencies; as many as 6 participants experienced temporary removal from biological parents. Nine out of 12 participants, after careful analysis of the data from the interviews and the questionnaires, were diagnosed with one or two diagnoses (see Table 10). The child psychiatrist had seen in person none of these children before the study. One child had had a consultation with a neurologist because of tics.

Table 10. Diagnoses and attachment organisation participants from Centre B

Diagnoses according to ICD-10AM			Attachment organisation at T1
7- F93.8 (6 boys,1 girl)			7 Insecure Dismissing
1boy F93.8+F90.0	1boy F93.8+F95.1	1girl F93.8+F98.0	1 Insecure Preoccupied
			4 Disorganised
1 boy – F98.0			
1 girl – F94.0			

5 participants out of 12 had difficulties at school, identified by PPS (lower intellectual ability, language development disorder, and phonemic acoustic dyslalia). According to TRF/6-18, 3 children exhibited symptoms at the clinical level. SDQ data indicated that four children demonstrated clinical disturbances. Additionally, interviews with the mothers revealed that seven children experienced learning or behavioral difficulties at school (see Figure 4).

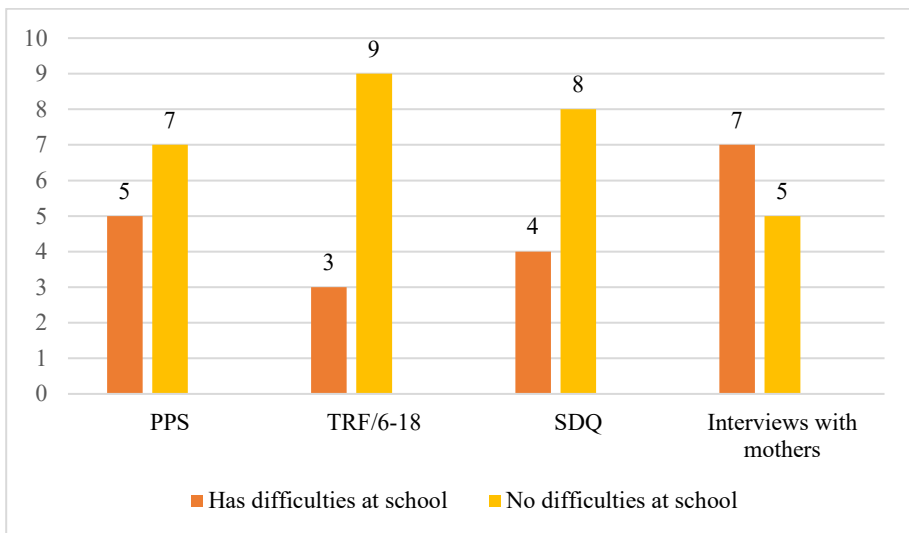


Figure 4. Difficulties at school, as measured by PPS, TRF/6-18, SDQ and data from the interviews with mothers from center B

Change after one year

Five participants out of twelve demonstrated a marked improvement in behaviour and emotional functioning, and, for them, improvement in security indicating scales in CAI was also noticed. One participant’s attachment classification changed from Disorganised to Insecure Dismissing. For four

others, we saw improvement in the security scales of CAI. The improvement was less expressed for the other 5 participants, but, for 3 of them, some scales indicating security of attachment in CAI were improved. One boy's attachment shifted from disorganised into insecure dismissing, but, clinically, the improvement was minimal. Summarising the results of CAI at T3 for seven participants, a slight improvement at scales, indicating security, was observed (see Table 11).

Table 11. Scoring change of Centre B participants at CAI from T1 to T3

Participant's ID	Eo* T1	Eo T3	Bal T1	Bal T3	Ex T1	Ex T3	ConflT1	Confl T3	Coh T1	Coh T3
012**	4	2	2	4	2	3	2	3	2	3
013	4.5	5.5	5	5	4	5	5	5	4.5	5
014	2	2.5	2	3	1.5	2	3	4	2	2.5
016	1	2	3	3	1	2	2	3	1	3.5
08	5	6	4	5	4	4.5	4	5	3	4
09	4	5	3	4	4.5	4.5	4	4	3.5	4
018**	1	2	2	3	1	1.5	3	3.5	1	2.5

*EO stands for Emotional Openness, Bal – Balance of positive and negative references to attachment figures, Ex – Use of examples, Confl – Resolution of Conflicts; Coh – Overall Coherence. **Attachment classification changed from Disorganised at T1 into Insecure Dismissing at T3.

At T3, lower scores were noticed on most scales of the CBCL/ 6-18 questionnaire, compared to T1, but only three subscales revealed statistically significant differences (Table 12).

Table 12. Scoring change in Centre B participants as assessed by CBCL/6-18

Subscale	T1		T3		Effect size
	M	SD	M	SD	
Anxiety/depression	6.8	1.9	4.9*	2.0	1.05
Withdrawn/depressed	4.0	2.9	4.2	3.8	0.05
Social Problems	6.1	3.2	3.9*	2.6	0.57
Thought Problems	3.8	2.9	2.2	1.9	0.61
Attention Problems	8.9	3.8	7.5	2.1	0.38
Rule-Breaking Behaviour	4.8	2.4	4.2	2.2	0.26
Aggressive Behaviour	11.9	4.4	7.2*	3.3	1.22

*p value < 0.05.

As revealed by the SDQ data, lower scores were evident on the Problems with Peers scale at the time of T3, while slightly higher scores were observed on other scales (see Table 13).

Table 13. Symptoms change from T1 to T3, as measured by SDQ for Centre B participants

Subscale	T1 M (SD)	T3 M (SD)
Emotional distress	2.9 (1.4)	3.7 (2.5)
Behavioral difficulties	2.5 (1.8)	3.1 (1.9)
Hyperactivity and concentration difficulties	5.6 (2.8)	6.0 (1.8)
Difficulties getting along with other children	3.1 (2.4)	2.7 (1.4)

The standardised individual difference (SID) calculated for the SDQ parent form indicated that only participant 015 exhibited a significant difference in the manifestation of peer problems (see Table 14).

Table 14. The SID SDQ parents of the participants from Centre B

Participant's ID	Emtional distress SID	Behavioral difficulties SID	Hyperactivity SID	Problems with peers SID
08	0.00	0.00	0.76	0.00
09	-1.30	-1.22	-1.13	0.00
010	0.43	0.00	0.38	0.00
011	0.86	1.22	1.89	-1.32
012	0.43	-0.41	-1.13	0.00
013	0.00	-0.81	-0.76	-0.44
014	0.86	0.00	-0.38	0.88
015	2.16	-0.41	0.00	-2.64
016	-0.43	0.00	-0.38	0.00
017	-0.86	0.41	0.00	-0.44
018	1.73	2.43	1.13	0.88
021	0.86	1.22	1.51	0.88

Following the calculation of SID for the CBCL data, it was observed that a number of subjects exhibited a significant decline in their individual scale scores (highlighted in green). Additionally, as many as four participants demonstrated a significant reduction in their aggression scale scores (see Table 15).

Table 15. SID for CBCL of the participants from Centre B

Participant's ID	Anxiety/depression SID	Withdrawn/Depres. SID	Social problems SID	Thought problems SID	Attention problems SID	Rule-breaking beh. SID	Aggressive Beh. SID
08	-3.275	-0.633	-2.113	-0.383	-0.540	-0.879	-2.572
09	-1.638	-2.217	-1.849	-2.299	-2.430	-1.758	-2.829
010	-0.546	0.950	-0.264	-2.299	0.000	-0.440	-0.772
011	0.000	-0.633	-0.264	0.000	0.000	-1.319	-0.772
012	-0.546	1.267	-1.057	0.000	-0.540	-0.879	-0.514
013	0.000	0.317	-1.585	0.000	-0.540	-1.319	-2.058
014	-2.183	-0.317	-0.264	-1.150	-1.080	0.000	-1.543
015	-1.638	0.950	-0.528	-1.150	-1.080	0.879	-2.315
016	-1.092	0.000	-0.264	-0.383	-0.270	0.440	-0.514
017	-0.546	0.000	-0.792	-0.766	0.000	0.000	-0.772
018	0.000	1.267	1.057	1.150	0.000	1.319	0.000
021	-1.092	-0.317	1.057	0.000	1.890	0.879	0.000

After reviewing the overall results of the change in all participants, we shall move on to a description of the cases in which disorganised attachment changed to insecure dismissing attachment after one year.

Participants with attachment organisation change after one year

Case of John (pseudonym) – an 8-year-old boy

John had anger outbursts with aggression, problems at school, attention deficit, suicidal thoughts, and threats at T1. He was diagnosed with Other childhood emotional disorders (F93.8), and Disturbance of activity and attention (F90.0). This child had been examined previously by the *Pedagogical-Psychological Service* for problems at school. There, it was confirmed that he had attention problems as well as emotional problems. The mother revealed that, in the course of pregnancy, she was consuming alcohol in heavy amounts, while also smoking; after birth, she reported physical and emotional neglect and household violence. When John was five years old, his mother, with him and his sister, were brought out from their house to the crisis centre for about six months to be secure from the father's violence when intoxicated. Both parents are addicted to alcohol, but, for several years they have been adhering to sobriety. At T3, John's disorganised attachment classification changed to insecure dismissing, and the Balance, Overall coherence, and Examples scales improved. According to his mother, this boy's attachment organisation change is consistent with his clinical

improvement: at T1 CBCL/6-18 subscales of *Anxiety/Depression*, *Rule-Breaking Behaviour* were within the clinical range, and, at T3, within the normal or borderline range. According to the teacher, at TRF/6-18, *Withdrawn/Depressed*, *Thought problems*, and *Attention problems* scales remained within the clinical range. It is of importance to note that, in the spring of 2020, the boy was learning at home online because of the COVID-19 quarantine requirements, which is why the teacher filled out the questionnaire at T3 after the boy returned to the school physically for about 1.5 months only. When this shift towards a better mental health was noticed for this boy, it was perceived that he had several supportive factors during the study year, which could contribute to this improvement: he attended weekly individual psychological sessions (the staff noticed his poor mental status and offered psychological counselling in addition to the usual daycare centre attending). Also, he had weekly, stable individual time with an adult volunteer, with whom he maintained an excellent relationship. Likewise, during the COVID-19 quarantine, the family moved to the village, and it seemed a good experience for them. Also, it was noticed that this boy attended the centre most often, compared to others (93 days in a year), while the mean of attendance was ca. 63 days per year.

Case of Tim (pseudonym) – an 8-year-old boy

His mother complained that he often had nocturnal enuresis episodes and a fear of dogs. At CBCL/6-18, all the subscales were in the normal range. At TRF/6-18, likewise, all the subscales were at the normal range, though the teacher added by handwriting that he had problems with attention and concentration. This boy also had several adverse childhood experiences in his past – he had been abused physically by his mother and witnessed physical violence by his stepfather against his mother. At five years old, he was taken from the home to foster care for nine months because of his mother's lack of maternal competencies. This boy was classified as Disorganised at T1, and he also changed into Insecure Dismissing at T3. However, his shift in CAI did not correlate with the mother's report. On the contrary, the mother reported more problems at T3 – at CBCL/ 6-18, *Withdrawn/Depressed*, and *Thought problems* were within the clinical range. Disappointingly, the teacher's report at T3 was not received.

DISCUSSION OF THE RESULTS

We aimed to describe the possible change of the psychosocial intervention applied in two daycare centres for one year – whether it could influence the attachment security and the general mental health of children with adverse experiences in the past. We expected that the symptoms of mental disorders would improve, and that the scales indicating security in CAI would shift towards more secure levels. Bearing in mind the limitations of our study, the results suggest that behaviour, emotional functioning, learning skills and communication with others improved for the majority of the participants of both centres. For one participant from Centre A, whereas, for two participants from Centre B, attachment organisation changed from disorganised to insecure dismissing. The latter finding (the shift from disorganised attachment to insecure dismissing) is the most relevant finding of our study. The appearance of disorganisation in CAI is understandable as a qualitatively different trait which distinguishes disorganised attachment from other types. This shift from disorganised attachment to the insecure dismissing category was observed in the absence of specific interventions with caregivers, which is fundamentally important for future research. As disorganisation is prominently linked with various disturbances in childhood (50-54) and even can be transmitted intergenerationally (166), likewise it is understood, that Disorganisation is least likely to transition to Security in the absence of intervention (167). However, to the best of our knowledge, there is a lack of published research on the effect of interventions on disorganisation in children in middle childhood. Consequently, our research offers a promising insight into the possibility of changing attachment at this age, even for vulnerable children, as evidenced at both study centres.

The group of participants from Centre A had experienced prolonged traumatic circumstances within their biological families and, additionally, all the subjects had been residing in institutional care for a minimum of four years. As previously discussed, children who have experienced multiple traumas require complex care (37,117,130). It is noteworthy that, during the course of the psychosocial rehabilitation programme, these children received the aforementioned complex care, which encompassed their participation in the programme (including individual sessions of music or art therapy, counselling of the caregivers), as well as ongoing work with a psychologist-psychotherapist. The cases described in detail illustrate the complexity of their situations (change of caregivers, change of institutional care). These findings reflect the insights discussed in the theoretical part of the thesis, namely, that such children require complex support. In this study group, we have also seen

that three participants endured repetitive relational trauma during the study – they experienced rejection by the temporary foster families. Research in foster care shows that ruptured placements negatively affect children’s emotions and behaviour (154). It is known that healing cannot occur without a stable, consistent, nurturing relationship with a sensitive and responsive adult (51,154), and that the caregiver’s commitment also plays an important role in the child’s sense of security (189). Therefore, the practical implications of our findings suggest that any new relationship with an adult for such children should be entered into only after an assessment has been made of whether the relationship can be sustained. Adults entering into a relationship with a child from an institution should demonstrate an autonomous attachment state, as relating to a child with a traumatic history requires specific knowledge and resources, as has been demonstrated with adoptive parents (159).

The majority of children from Centre B appeared to have behavioral and emotional disturbances across a range of domains. It can be concluded that the implementation of targeted interventions based on understanding of attachment and trauma psychology is essential to meet the specific needs of these children (37,86,117,119,130). It is likely that the training of this daycare centre staff in TBRI has successfully addressed the dual requirement of equipping the staff with the necessary competencies to deliver psychological interventions and meeting the needs of the children attending this centre.

With regard to the utilisation of the constituent elements of TBRI, it is evident that the majority of these were employed by the staff at both centres. Analysis of the TBRI questionnaires indicates that the method was generally well received by the staff at both centres. This is likely attributable to the universal applicability of the approach, which has recently been demonstrated in the context of the implementation of TBRI in Rwanda (133). The responses provided by the staff in the unstructured section of the questionnaire regarding the utilisation of TBRI indicate that the TBRI approach was relatively uncomplicated to integrate, as it was aligned with the fundamental and pre-existing values of the staff. For instance, one member of the staff at Centre B articulated that “*the relationship was our method of assisting the child before knowing TBRI.*” The TBRI training programme places particular emphasis on the adult, encouraging reflection on the history of one’s own relationships and an awareness of the ways in which the adult is affected, as well as the factors that regulate one’s own behaviour. Staff members indicated that self-reflection, case discussions, and working with oneself are key elements in the successful implementation of the method.

It was observed that the notable disparity in the staff-to-child ratios between the two centres (0.7–1 at Centre A, and 0.2–0.5 at Centre B) resulted

in notable differences in the utilisation of TBRI. Centre B staff identified that certain elements (e.g., individualised attention to the child; prompt response to challenging behaviour) could not be implemented due to the limited number of the staff. In contrast, Centre A staff employed the TBRI elements with greater frequency and to a greater extent than their fellow staff members at Centre B. It is noteworthy that even when the number of staff members at Centre A was sufficient, the staff members still indicated that they were also experiencing a lack of human resources. This was due to a number of factors, including the emotional crises of the children, which required physical interventions. When the staff focused on a child in crisis, they were unable to sufficiently attend to the needs of the other children.

The limitations of the study design, the relatively small sample sizes, and the significant discrepancy in the number of participants across the two study centres preclude any reliable comparison of the impact of the psychosocial interventions provided at the two centres. Nevertheless, we believe that it is valuable to present the insights that emerged from the synthesis of the results from both centres.

It is notable that the majority of children at Centre B exhibited a range of clinically significant symptoms, despite not being formally diagnosed with behavioral or emotional disorders. It is plausible that the parents of Centre B subjects may have been discouraged from seeking assistance from a child and adolescent psychiatrist due to the associated stigma and the multifaceted challenges faced by these families (36,42,43). In contrast, it is probable that caregivers from the institutions of Centre A participants were quicker to contact a child and adolescent psychiatrist, given their likely experience of working with such children and familiarity with the need for help and the system of assistance in Lithuania. There are data which described a positive correlation between the foster carers' commitment to fostering and their ability to identify children's difficulties (181). It can be seen that the fact that participants at Centre A were diagnosed with behavioral or emotional disorders, while no such diagnosis was made for participants at Centre B, does not indicate the actual severity of the disorders. The clinical assessment indicates that the children at the two centres exhibited comparable symptoms and levels of disorder severity. However, while the children at Centre B had experienced parental separation, they were all residing with their families at the time of the study, which represents a notable distinction between the participants at the two centres.

Centre B provided TBRI intervention, while more disturbed children were offered additional psychological counselling or individual meetings with a volunteer. Centre B had a significantly smaller number of human resources

than Centre A. However, the majority of the children in the study demonstrated a similar improvement in their condition to that observed at Centre A. In describing the individual cases at both centres for which the organisation of attachment had changed, we also noted that, at both centres, there were cases for which disorganised attachment had changed to organised attachment. Therefore, at Centre B, we observed similar improvements in the children's condition to these at Centre A. Interestingly, at both centres, one case emerged per centre (Adam at Centre A, John at Centre B) that was similar in terms of their symptoms and state at T1. Furthermore, these two children demonstrated a highly comparable positive change in their condition at T3.

The limitations of the study preclude the formulation of broad generalisations about the results. However, a discussion of the results from both centres raises the question of whether it is possible that for children who already have clinically significant symptoms, consistent attendance at a daycare centre where the staff uses TBRI might be sufficient. The results indicate that regular daycare centres, if adequately equipped with the requisite competencies (e.g., training in TBRI or other trauma – the informed method), could serve as a crucial initial step in helping these children. Centre A has been providing, and still continues to provide a complex care to children with particularly pronounced symptoms of behavioral and emotional disorders. It seems reasonable to suggest that this centre could be the one to which children who do not benefit from regular daycare attendance would be referred. Nevertheless, these insights are derived from the findings of our limited study. Consequently, we believe that it would be valuable to conduct further research to investigate these hypotheses in greater depth.

Overall, the findings suggest that, in order to facilitate the recovery of a child who has experienced adverse childhood circumstances, it is of greatest importance to ascertain whether the child's fundamental need for at least one stable and supportive relationship is fulfilled. This fundamental human need has been confirmed by the findings of a paper on resilience in children by the *National Scientific Council on the Developing Child at Harvard University*. The researchers identified that resilience, even in the context of significant negative experiences, is contingent upon the presence of at least one stable, supportive, and responsive relationship between the child and the adult. This document indicates that these adults may be the child's primary caregivers, but also other adults (182).

CONCLUSIONS

- I. Insecure and disorganised attachment types can be associated with behavioral and emotional disturbances in children aged 8–11, but these latter types of attachment do not in themselves indicate psychopathology. In our case-series study, insecure and disorganised attachment types were associated with symptoms of behavioral and emotional disorders.
- II. All participants from Centre B had two or more negative childhood experiences, and the majority (9 out of 12) exhibited clinically behavioral and emotional symptoms, meeting the criteria for a diagnosis of behavioral and emotional disorders according to ICD-10 AM. The participants were found to have an insecure or disorganised attachment type at T1, which suggests that, when working with such children, the staff require specific knowledge and training in specialised interventions based on trauma psychology. The results of the study indicate that the TBRI intervention has been successfully implemented at Centre B, with the staff applying the majority of TBRI elements after one year.
- III. After TBRI at Centre B, the majority of participants showed improvement on the mental health and attachment security scales. For two participants, disorganised attachment changed to insecure dismissing attachment. We have preliminary evidence that TBRI can improve mental health and attachment security in children with adverse childhood experiences.
- IV. Participants at Centre A had three or more adverse childhood experiences and symptoms of behavioral and emotional disturbance, and one or two diagnoses of behavioral and emotional disorder, indicating a need for complex care for these children.
- V. The complex psychosocial interventions provided at Centre A had a beneficial impact on the mental health and attachment security of the participants, despite the occurrence of significant events for all participants during the course of the study.
- VI. In the context of providing assistance to children in institutional care, it is of paramount importance to ascertain whether the child in question has at least one stable and supportive relationship with an adult. It is of equal importance to recognise that new relationships for these children must be carefully considered in order to avoid the potential for re-traumatisation. It is therefore essential that the new relationship is of a long-lasting nature.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

1. In the context of a consultation between a child and adolescent psychiatrist or psychologist and a child presenting with symptoms of a behavioral or emotional disorder, it is recommended that early attachment experiences should be taken into account during the anamnesis. Although the CAI interview is a reasonably reliable instrument for assessing attachment in middle childhood, it is not recommended for use in the clinical practice due to the extremely high time and human resource costs. However, it is important to seek to establish the child's attachment history. In the light of the aforementioned information, the professional is able to formulate hypotheses regarding the child's potential secure or insecure attachment style and the potential correlation between the child's early relationship experiences and their current difficulties.
2. It is recommended that the child and adolescent psychiatrist or psychologist, when counselling a child with symptoms of behavioral and emotional disorders, and when finding out about traumatic experiences, and making assumptions about possible disturbances in attachment, should conduct an assessment of the areas in which the child is exhibiting symptoms of a disorder. In the event that the child's impairment is found to affect several areas of functioning, it may be beneficial to consider the potential need for complex psychosocial interventions based on a therapeutic relationship between the staff member and the child. In Vilnius City, it is possible to refer a child whose functioning is impaired in several areas and for whom previous help has not been sufficiently effective to the Therapeutic Educational Centre *Aplink*.
3. It is crucial for a child and adolescent psychiatrist or psychologist working with a child in institutional care to ascertain whether the child has at least one stable and supportive relationship with an adult. In the light of the paramount importance of this fundamental need and the necessity of identifying a suitable individual to fulfill it, it is imperative to adopt a prudent approach to ensure that the child is not subjected to retraumatization. We would recommend that the child and adolescent psychiatrist could assume the leadership and responsibility for educating professionals working with the child, as well as those working directly with the child, about the necessity for the child to have at least one stable and fulfilling relationship. This

could be facilitated by inter-agency meetings with the administration of the institution (which is responsible for decision-making), those working directly with the child, and the professionals providing support.

4. After reviewing the literature and analysing the case histories from Centre A, it seems that it is important for children in institutional care to have caregivers who are familiar with the impact of traumatic experiences on children's mental health. In 2018–2023, in Lithuania, the *State Service for the Protection of Child Rights and Adoption* carried out the project *Improving the Welfare and Safety of Children, Increasing the Quality of Services for Families and Foster Carers and Expanding the Availability of Services for Foster Children*, which included a training course for foster care centre staff called *Relationship-Oriented Foster Care, Based on TBRI*. 203 members of foster care centre staff participated in this training and were trained on the impact of trauma on children's behaviour and the TBRI approach. We recommend that further capacity building of professionals' competencies working in foster care centres in this field should be continued.
5. In the introduction to this thesis, we discussed that this research was also motivated by the fact that there is a particular lack of long-term psychosocial services in the field of children's mental health in our country. The research work carried out by introducing TBRI in one regular daycare centre (of which, there are more than 500 in Lithuania) and in the only centre *Aplink* providing complex and long-term services in Lithuania, is only a 'drop in the ocean', responding to the need for help for those Lithuanian children who, due to negative childhood experiences, develop emotional and behavioral disorders, and who need long-term, continuous and complex help. Thus, we believe that the experience and results of this work could be used as a basis for the development of such long-term (at least 1 year) psychosocial services in the field of children's mental health, which would ensure a stable, therapeutic relationship between the staff members and the child.
6. During her doctoral studies, the author of this thesis gave presentations on the importance of the attachment, relationship with the child and the TBRI method to different groups of society (child and adolescent psychiatrists, psychologists, foster and adoptive parents, educational staff, child educators). We recommend continuing educational activities on this topic.

PADĖKA

Prof. dr. Sigitai Lesinskienei – esu dėkinga už profesinį palydėjimą ir nuoširdų palaikymą visos doktorantūros metu.

Dr. Linai Gervinskaitei-Paulaitienei – labai ačiū už atsakingą ir atidų bendradarbiavimą, akademinę pagalbą ir nuoširdų palaikymą viso tyrimo proceso metu.

Godai Zubkaitei, Rokui Šambarui, Kamilei Pociūtei ir Gretai Stonkutei – labai dėkui už skirtą laiką ir nuoširdžią pagalbą, atliekant ir koduojant CAI interviu.

Izabelei Grauslienei – nuoširdžiai dėkoju už skirtą laiką, koduojant CAI interviu.

Prof. dr. Dainiui Pūriui, doc. dr. Rimai Viliūnienei ir doc. dr. Astai Adler – ačiū jums labai už skirtą laiką disertacijos recenzijai, labai naudingas pastabas ir darbo įvertinimą.

„**Vilties angelo**“ ir „**Aplink**“ buvusioms ir esamoms vadovėms, socialiniams darbuotojams, psychologėms, psichoterapeutėms, pedagogams, savanoriams – esu dėkinga už pagalbą tyrimo metu ir už tai, kad, saugodami viltį ir su didele kantrybe stengiatės padėti kiekvienam jums patikėtam vaikui.

Visiems vaikams ir jų mamoms bei globėjoms norėčiau labai padėkoti, kad skyrėte daug laiko ir nuoširdžiai dalyvavote tyrime.

Jovitai Anikinaitei – dėkoju, kad Tu pirmoji supažindinai Lietuvos specialistus su TBRI metodu ir už tai, kad pakviete mane įsitraukti į TBRI praktikų bendruomenę.

Mamai ir Tėčiui – labai dėkoju, kad visą gyvenimą ir iki šiol mane palaikote, padedate ir rodote savo meilę taip, kaip mokate geriausiai.

Sesėms Karolinai ir Agnei – ačiū už brangų seserišką ryšį bei palaikymą ir pagalbą per visą doktorantūros laiką.

Artimiausiam bendražygiui vyrui Rimui – širdingai dėkoju už tai, kad myli ir priimi mane tokią, kokia esu, bei visokeriopą palaikymą, pasitikėjimą manimi ir tuo, ką darau.

Dukrai Saulei Arinai – ačiū, kad esi, dėl tavęs visą tyrimo laiką jaučiau prasmę dirbti ir rašyti apie vaikus, kurie, jiems suteikus galimybę patirti mylintį santykį gali pasijusti geriau.

PRIEDAI

Įpriedas. Leidimas atlikti biomedicininį tyrimą.



440

VILNIAUS UNIVERSITETO
VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ

2019-02-26 Nr.2019/2-1103-601

Tyrimo pavadinimas:

**Prieraišumo sąsajos su 8-11m. vaikų elgesio ir emocijų sutrikimais ir ilgalaikių
terapinių intervencijų poveikio tyrimas**

Protokolo Nr.:	1
Versija:	2
Data:	2019 02 15
Informuoto asmens sutikimo forma:	2 2019 02 15
Pagrindinis tyrėjas:	Monika Misevičė
Įstaigos pavadinimas:	Vilniaus Universiteto Medicinos fakultetas, Klinikinės medicinos Institutas, Psichiatrijos klinika
Adresas:	Geležinio Vilko g. 29A, Vilnius
Leidimas galioja iki:	2022 12

Leidimas išduotas Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio (protokolas Nr. 2019/2), vykusio 2019 m. vasario 26 d. sprendimu.

Pirmininkas

prof. dr. (HP) Saulius Vosylius

Pasibaigus tyrimui privaloma VRBTEK raštu informuoti apie tyrimo pabaigą bei pateikti tyrimo ataskaitos santrauką.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo "Dėl leidimų atlikti biomedicininį tyrimą išdavimo tvarkos aprašo patvirtinimo" (*Žin.*, 2008, Nr. 6-225, 2016 m. sausio 8 įsakymo Nr. V-27 redakcija (galiojanti suvestinė redakcija (nuo 2017-01-04))

VII skyrius 40. Leidimas atlikti biomedicininį tyrimą galioja iki biomedicininio tyrimo paraiškoje nurodytos tyrimo pabaigos datos.

VII skyrius 41. Biomedicininį tyrimų užsakovas, jo įgaliotas atstovas ar pagrindinis tyrėjas per **30 kalendorinių dienų** nuo biomedicininio tyrimo pabaigos **privalo raštu pranešti** leidimą išdavusiam Lietuvos bioetikos komitetui ar regioniniam biomedicininį tyrimų etikos komitetui apie biomedicininio tyrimo pabaigą ir per **90 kalendorinių dienų** nuo biomedicininio tyrimo pabaigos **pateikti** biomedicininio tyrimo **vykdymo ataskaitos santrauką**.

Įsakymo nuostata taikoma visiems biomedicininiams tyrimams.

2 priedas. Informuoto asmens sutikimo forma.

PATVIRTINTA
Lietuvos bioetikos komiteto
biomedicininų tyrimų ekspertų grupės
2016 m. lapkričio 15 d. sprendimu

Informuoto asmens sutikimo forma, versija Nr. 3, data: 2019 11 11

INFORMUOTO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: Prieraišumo sąsajos su 8-11m. vaikų elgesio ir emocijų sutrikimais ir ilgalaikių terapinių intervencijų poveikio tyrimas.

Protokolo Nr.: 1

Užsakovas: Vilniaus Universitetas, Medicinos fakultetas

Adresas: M. K. Čiurlionio g. 21, LT-03101 Vilnius Tel.: (8 5) 239 8700
El. paštas: mf@mf.vu.lt

Užsakovo atstovas: prof. Algirdas Utkus

Atsakingas tyrėjas: Monika Misevičė

Tyrimo centro pavadinimas: Vilniaus Universitetas, Medicinos fakultetas, Psichiatrijos klinika

Adresas: Geležinio Vilko 29A, LT- 01112, Vilnius Tel.: +370 5 2398754
El. paštas: monika.misevice@mf.vu.lt

1. Kokia šio dokumento paskirtis?

Šioje formoje pateikiama Jums skirta informacija apie biomedicininį tyrimą, aptariamos tyrimo atlikimo priežastys, mokslinio tyrimo procedūros, nauda, rizika, galimi nepatogumai ir kita svarbi informacija. Jei nuspręsite dalyvauti, prašysime Jūsų pasirašyti šią sutikimo formą, kuria sutinkate tyrimo metu vykdyti gydytojo tyrėjo ir tyrimo komandos nurodymus. Pasirašydami šį dokumentą, Jūs sutinkate, kad Jūsų vaikas dalyvautų moksliniame tyrime. Neskubėkite ir atidžiai perskaitykite šį dokumentą, jei nesupratote kokio nors žodžio ar teiginio, visus iškilusius klausimus būtinai užduokite tyrimo gydytojui. Prieš priimdami sprendimą, galite pasitarti su šeimos nariais, draugais ar savo gydytoju.

2. Kodėl atliekami biomedicininiai psichosocialinių intervencijų tyrimai?

Biomedicininio tyrimo metu Jūsų vaikui bus skiriamos psichosocialinės intervencijos (psichosocialinės intervencijos – tai terapinė, t.y. turinti gydančią poveikį, aplinka bei individualios ir grupinės psichologų konsultacijos) bei atliekami psichinės sveikatos vertinimai, taigi biomedicininis tyrimas skiriasi nuo įprastos (kasdienės) klinikinės praktikos. Įprastos klinikinės praktikos tikslas yra pagerinti Jūsų vaiko sveikatos būklę. Šio tyrimo metu yra didelė tikimybė, jog Jūsų vaiko sveikata pagerės, tačiau Jums yra svarbu žinoti, jog pagrindinis mokslinio tyrimo tikslas yra gauti naujų medicinos mokslo žinių, kurios ateityje padėtų diegti naujus pagalbos metodus elgesio ir emocijų sutrikimų turintiems vaikams.

3. Kodėl atliekamas šis tyrimas?

Šio tyrimo tikslas – įvertinti psichosocialinės reabilitacijos efektyvumą vaikų psichikos sveikatai ir jų prierašumo sistemai bei įvertinti TBRI (Trust - based relational intervention- pasitikėjimu grįstos santykių intervencijos) metodo efektyvumą vaikų psichinei sveikatai.

TBRI- tai holistinė intervencija, kai centro darbuotojai su Jūsų vaiku bendraus įvertindami ir stengdamiesi atsiliepti į jo fiziologinius (pvz.: kreips dėmesį į tai, kiek Jūsų vaikas išgeria vandens, ar jis nėra alkanas; kaip dažnai jam reikia judėti), sensorinius (pvz.: kaip Jūsų vaikas toleruoja triukšmą; gal jam dažnai norisi suptis ir pan.) ir bendravimo poreikius. Taip pat šios intervencijos metu į vaiko elgesio problemas bus reaguojama taip, kad vaikas mokytųsi naujų tinkamų problemų sprendimo būdų bei vaikas proaktyviai, t.y., tada kai jis yra ramus, bus mokomas tinkamo elgesio normų, pagarbaus bendravimo bei savireguliacijos metodų.

Vaikų elgesio ir emocijų sutrikimai yra labai paplitę Lietuvoje ir jei nėra teikiama tinkama ir nuosekli pagalba, tokie sutrikimai gali labai sutrikdyti vaikų prisitaikymą prie aplinkos. Todėl šio tyrimo metu bus mėginama išsiaiškinti, ar ilgalaikės psichosocialinės intervencijos gali padėti vaikams geriau jaustis, išmokti tinkamų emocijų reguliacijos būdų bei keisti jų elgesį į tinkamesnį.

4. Kokie asmenys pasirenkami dalyvauti šiame tyrime?

Kviečiame Jūsų vaiką dalyvauti šiame tyrime, nes Jūsų vaikas lanko vieną iš centrų: Vilniaus vaikų socialinės globos namų „Gilė“ psichosocialinės reabilitacijos centrą arba Vilniaus Carito dienos centrą „Vilties angelas“. Šiuose centruose bus diegiamas TBRI metodas, todėl šiuos centrus lankantys vaikai ir yra kviečiami dalyvauti tyrime.

Pagrindiniai įtraukimo į šį tyrimą kriterijai yra šie: vaiko amžius nuo 8 iki 11 metų ir vaikas, kurio tėvai ar globėjai sutinka dėl jo dalyvavimo šiame tyrime.

5. Kas atlieka šį mokslinį tyrimą?

Šio tyrimo užsakovas yra Vilniaus Universitetas, Medicinos fakultetas, Psichiatrijos klinika. Pagrindinė tyrėja yra gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė Monika Misevičė, kuri šiuo metu studijuoja doktorantūroje. Tyrimą pagrindinė tyrėja atliks su bendradarbiais: su kitais gydytojais, medicinos fakulteto studentais bei psichologe.

6. Tikimybė patekti į skirtingas tiriamųjų grupes ir dalyvavimo šiose grupėse ypatybės.

Jei Jūsų vaikui po pirminio įvertinimo bus nustatyta elgesio ar emocijų sutrikimų diagnozė, jis pateks į klinikinės imties grupę, o jei tokia diagnozė nebus nustatyta, vaikas pateks į kontrolinę grupę. Nepriklausomai nuo to, kurioje grupėje bus Jūsų vaikas, paslaugų teikimas priklausys nuo to, kokį dienos centrą Jūsų vaikas lankys: psichosocialinės reabilitacijos centrą ar Carito „Vilties angelo“ dienos centrą. Tyrimo metodai bus vienodi abiejuose grupėse.

7. Kiek truks Jūsų ir Jūsų vaiko dalyvavimas šiame tyrime?

Bendra tyrimo trukmė – keturi metai. Jūs ir Jūsų vaikas dalyvausite vienus metus:

Pirmas susitikimas - pirmą psichosocialinės reabilitacijos centro ar „Vilties angelo“ dienos centro lankymo mėnesį.	Antras susitikimas – po 6 mėn. nuo tyrimo pradžios	Trečias susitikimas – po 12 mėn. nuo tyrimo pradžios
<p>1. Interviu su tėvais/globėjais – trukmė nuo 1 val. iki 1,5 val.</p> <p>Vyksta pokalbis ir užpildomos SDQ, CBCL anketos. Anketos ir klausimyno pildymas gali užtrukti iki 1 val.</p> <p><i>Jeį vieno susitikimo informacijai surinkti neužteks, Jūsų prašysime atvykti dar vieną kartą.</i></p> <p>2. Tėvams/globėjams duodamos SDQ, CBCL anketos nunešti vaiko mokytojui.</p>	<p>1. Interviu su tėvais/globėjais – trukmė nuo 30 min iki 1val.</p> <p>Susitikimo metu bus surenkama informacija apie tai, kas pasikeitė Jūsų vaiko ir Jūsų šeimos gyvenime nuo pirmojo susitikimo.</p> <p>Pakartotinai Jūsų prašysime užpildyti SDQ, CBCL anketas. Anketos ir klausimyno pildymas gali užtrukti iki 1 val.</p> <p>2. Tėvams/globėjams duodamos SDQ, CBCL anketos nunešti vaiko mokytojui (pakartotiniam užpildymui).</p>	<p>1. Interviu su tėvais/globėjais – trukmė nuo 30 min iki 1val.</p> <p>Susitikimo metu bus surenkama informacija apie tai, kas pasikeitė Jūsų vaiko ir Jūsų šeimos gyvenime nuo antrojo susitikimo.</p> <p>Pakartotinai Jūsų prašysime užpildyti SDQ, CBCL anketas. Anketos ir klausimyno pildymas gali užtrukti iki 1 val.</p> <p>2. Tėvams/globėjams duodamos SDQ, CBCL anketa nunešti vaiko mokytojui (pakartotiniam užpildymui).</p>

<p>3. Pagrindinės tyrėjos interviu su vaiku - gali užtrukti nuo 30 min iki 50 min.</p>	<p>3. Pagrindinės tyrėjos interviu su vaiku - gali užtrukti nuo 30 min iki 50 min.</p>	<p>3.Pagrindinės tyrėjos interviu su vaiku - gali užtrukti nuo 30 min iki 50 min.</p>
<p>4. Vaiko prieraišumo įvertinimo interviu (atlieka pagrindinė tyrėja ir kiti tyrėjai). Trukmė nuo 30 min iki 50 min. Interviu bus filmuojamas.</p>		<p>4.Vaiko prieraišumo įvertinimo interviu (atlieka pagrindinė tyrėja ir kiti tyrėjai). Trukmė nuo 30 min iki 50 min. Interviu bus filmuojamas.</p>

8. Kokiose šalyse bus vykdomas šis tyrimas?

Tyrimas bus atliekamas Lietuvoje.

9. Kiek tiriamųjų dalyvaus numatyta šiame tyrime?

Yra numatyta, kad šiame tyrime dalyvaus apie 30 vaikų ir jų tėvų bei globėjų.

10. Ką Jums ir Jūsų vaikui reikės daryti?

Prašysime Jūsų atsakyti į klausimus apie Jūsų vaiko ir Jūsų šeimos istoriją. Taip pat prašysime Jūsų užpildyti dvi anketas apie Jūsų vaiko stiprybes ir sunkumus.

Taip pat prašysime dvi anketas nunešti Jūsų vaiko pagrindinei mokytojai ir paprašyti juos užpildyti. Taip mes gausime išsamesnę informaciją apie Jūsų vaiką.

Jei sutiksite dalyvauti tyrime, Jums reikės atvykti į susitikimą su tyrėja tris kartus. Pirmo vizito metu tyrimo gydytojas pasikalbės su Jumis apie Jūsų vaiką. Įprastai toks pokalbis trunka iki 1 val., bet atliekant šį tyrimą reikia surinkti daugiau informacijos, todėl pokalbis gali trukti iki 1,5 val. Nesurinkus reikiamos informacijos per pirmąjį susitikimą, prašysime Jūsų atvykti pokalbiui dar vieną kartą.

Po 6 mėnesių nuo tyrimo pradžios ir po 12 mėnesių nuo tyrimo pradžios su Jumis susitiksime pakartotinai ir pasikalbėsime, kaip sekasi Jūsų vaikui nuo tyrimo pradžios ir prašysime dar kartą užpildyti dvi anketas apie Jūsų vaiką. Taip pat prašysime pakartotinai po dvi anketas nunešti Jūsų vaiko pagrindinei mokytojai ir paprašyti juos užpildyti.

Jūsų vaikas su tyrėja taip pat susitiks tris kartus. Pirmojo susitikimo metu vyks pokalbis su vaiku apie jį patį, bus surenkama informacija apie tai, kaip jis supranta savo sunkumus ir stiprybes. Po 6

mėnesių ir po 12 mėn. nuo tyrimo pradžios bus pakartotinai susitinkama su Jūsų vaiku. Pakartotinių susitikimų metu vyks pokalbis apie tai, kaip Jūsų vaikui sekasi nuo tyrimo pradžios iki vizito, kas pasikeitė jo elgesyje ir savijautoje. Pokalbis su Jūsų vaiku užtruks iki 50 min.

Jūsų vaikas dar turės susitikti su tyrėjos bendradarbiais, kurie jam atliks prieraišumo stiliaus nustatymą. Tai vyks interviu su vaiku metu, tik šis interviu turės būti filmuojamas. Toks interviu bus atliekamas tyrimo pradžioje ir po 1 metų nuo tyrimo pradžios.

11. Ar dalyvavimas šiame moksliniame tyrime Jums bus naudingas?

Jei Jūs norėsite, tai galėsite gauti išsamų savo vaiko psichikos būklės įvertinimą bei išsamų vaiko prieraišumo stiliaus įvertinimą. Taip pat pagal Jūsų vaiko psichikos būklės vertinimą, Jums bus suteikta galimybė gauti auklėjimo ir pagalbos vaikui rekomendacijų.

Remiantis jau atliktais moksliniais tyrimais užsienyje yra tikimybė, jog Jūsų vaikui lankantis viename iš šių dienos centrų ir gaunant pagalbą juose, sustiprės Jūsų vaiko vidinio saugumo, pasitikėjimo suaugusiais jausmai bei pagerės jo emocijų reguliacija. Tai atsispindės Jūsų vaiko elgesyje: jis bus dažniau linkęs elgtis gerai, taigi jį auklėti taps lengviau. Yra didelė tikimybė, jog pagerės Jūsų vaiko funkcionavimas, jis geriau jausis tiek vidujai (sustiprės jo saugumo pojūtis), tiek išoriškai (gaus mažiau pastabų dėl netinkamo elgesio, bus linkęs drąsiau išbandyti naujas mokymosi užduotis).

Jūsų vaikui bus pasiūlyta pamatyti savo būsenos pokytį po intervencijų (atsiroke susitikimo metu). Kadangi yra tikimybė, jog pokytis bus pozityvus, tai vaikas turės galimybę patirti sėkmę.

Taip pat šio tyrimo metu gauta informacija mokslininkams padės tokius pagalbos metodus diegti ir plačiau Lietuvoje, taigi tai gali būti naudinga kitiems, elgesio ir emocijų sutrikimų turintiems vaikams.

12. Kokia su dalyvavimu šiame tyrime susijusi rizika ir nepatogumai?

Dalyvaudami šiame tyrime galite patirti tokių nepatogumų, kaip sugaištas laikas vykstant į tyrimo vietą ar pildant tyrimo klausimynus.

Dalyvaudami tyrime Jūs tris kartus turėsite užpildyti po dvi anketas apie Jūsų vaiką. Tai gali užtrukti iki 1 val.

Pokalbiai su tyrėja ir kai kurie jos klausimai gali sukelti nemalonių prisiminimų ar jausmų. Galėsite neatsakyti į Jums nemalonių klausimus, jei jausitės nepatogiai.

Jūsų vaikui pokalbių su tyrėja arba jos bendradarbiais metu, taip pat gali kilti nemalonių jausmų ar išgyvenimų. Tačiau norėtume akcentuoti, kad šiuos nemalonių jausmus, tiek Jums, tiek Jūsų vaikui padėsime išgyventi pokalbio metu. Nemalonių jausmų išgyvenimas gali veikti ir gydančiai.

13. Jei atsitiktų kas nors negero?

Šio biomedicininio tyrimo metu bus taikomi tik neintervenciniai tyrimo metodai, kurie nekelia rizikos Jūsų sveikatai, todėl biomedicininis tyrimas nėra apdraustas biomedicininio tyrimo užsakovų ir pagrindinių tyrėjų civilinės atsakomybės draudimu.

14. Ar galėsite nutraukti dalyvavimą tyrime?

Jei nuspręsite pasitraukti iš tyrimo šiam nepasibaigus, tyrėjas pateiks ir paprašys parašyti laisvos formos atsisakymo prašymą arba užpildyti atsisakymo formą.

Jei Jūsų vaikas nebenorės dalyvauti tyrime, jis turi teisę pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu. Tačiau prašytume Jūsų prieš kartu su vaiku priimant sprendimą nebedalyvauti tyrime, pasitarti su gydytoju tyrėju.

15. Jūsų dalyvavimo tyrime nutraukimo aplinkybės ir kriterijai

Jei nesilaikysite gydytojo tyrėjo nurodymų Jūs ir Jūsų vaikas daugiau nebegalėsite dalyvauti tyrime. Tyrimo gydytojas turi teisę bet kuriuo metu sustabdyti tyrimą ar Jūsų dalyvavimą jame. Jūs nebegalėsite dalyvauti tyrime, jei Jūs ar Jūsų vaikas neatvyksite į suplanuotus vizitus ar nesilaikysite kitų tyrėjų nurodymų.

16. Kokias pasirinkimo galimybes turėsite, jeigu nesutiksime dalyvauti šiame tyrime arba atšauksite sutikimą jame dalyvauti?

Tyrime dalyvaujate savanoriškai, todėl ir Jūs ir Jūsų vaikas turite teisę atsisakyti, o pradėjęs galite bet kada iš jo pasitraukti.

Jūsų sprendimas atsisakyti dalyvauti ar nutraukti dalyvavimą tyrime nedarys jokios įtakos Jūsų vaikui teikiamai pagalbai psichosocialinės reabilitacijos centre ar Carito „Vilties angelo“ dienos centre.

Jei nuspręsite, jog Jūsų vaikas nedalyvaus šiame tyrime, gydytojas tyrėjas aptars su Jumis visų galimų pasirinkimų naudą ir riziką.

17. Ar dalyvaudami šiame tyrime patirsite kokių nors išlaidų?

Už dalyvavimą biomedicininiuose tyrimuose atlygis nėra mokamas. Taigi dalyvaudami šiame tyrime negausite finansinės naudos. Galite patirti išlaidų dėl atvykimo į susitikimo su tyrėja vietą.

18. Ar Jūsų asmens duomenys bus konfidencialūs?

Biomedicininį tyrimą atliekant gauta sveikatos informacija, leidžianti nustatyti asmens tapatybę, yra konfidenciali ir gali būti teikiama tik pacientų teises ir asmens duomenų apsaugą reglamentuojančių įstatymų nustatyta tvarka.

Duomenų valdytojas yra Vilniaus Universiteto, Medicinos fakulteto, Psichiatrijos klinika.

Siekiant apsaugoti duomenų konfidencialumą, Jums ir Jūsų vaikui bus suteiktas specialus kodas iš dviejų skaičių, kuris bus nurodomas visuose dokumentuose, išskyrus sutikimo formą (šiame

dokumente bus nurodyti Jūsų asmeniniai duomenys). Sąrašą, kuriame Jūsų vardas ir pavardė susiejami su kodu, saugos pagrindinė tyrėja seife, į kurį prieigą turi tik ji ir įgaliotas tyrėjas.

Kompiuteriai, kuriuose saugomi elektroniniai tyrimo dokumentai ir duomenys, apsaugoti slaptažodžiu. Prisijungimo kodus žino tik pagrindinė tyrėja, šie duomenys atnaujinami kas mėnesį.

Dokumentai saugomi rakinamoje spintoje, kurios raktą turi tik pagrindinė tyrėja.

19. Kas ir kokių tikslų galės susipažinti su Jūsų asmens duomenimis?

Pasirašydami šią formą sutinkate, kad tyrimo centro tyrėjai, tyrimus kontroliuojančios institucijos (tokios kaip Valstybiniai etikos komitetai) ir įgalioti tyrimo užsakovo (Vilniaus Universiteto) tyrimą prižiūrintys asmenys galės susipažinti su visa šio tyrimo tikslais apie Jus ir Jūsų vaiką surinkta informacija. Kitiems asmenims ar įmonėms bus teikiami tik užkoduoti sveikatos duomenys, neleidžiantys tiesiogiai nustatyti Jūsų ir Jūsų vaiko tapatybės. („Užkoduoti“ reiškia, kad dokumentuose bus nurodomas ne Jūsų vardas ir pavardė, o specialus numeris, kurį susieti su Jūsų asmeniu galės tik gydytojas tyrėjas).

Surinktus duomenis tyrimo gydytojai naudos šio biomedicininio tyrimo tikslais, o vėliau, pasibaigus šiam tyrimui, duomenys gali būti naudojami kitiems tyrimams tik užkoduoti ir nuasmeninti. Užsakovas užkoduotus sveikatos duomenis gali naudoti atlikdamas tyrimą, pateikdamas prašymus dėl mokslinio tyrimo, diagnostikos ar norėdamas kurti medicininės priemones.

Jūs turite teisę sužinoti, kokie duomenys buvo surinkti, taip pat galite reikalauti ištaisyti, sunaikinti ar sustabdyti savo asmens duomenų tvarkymo veiksmus, jei nuspręsite pasitraukti iš tyrimo anksčiau numatyto laiko. Tada tyrėjai apie Jus neberinks naujos informacijos ir sunaikins iki tol surinktus duomenis.

20. Kiek laiko bus saugomi tyrimo metu surinkti duomenys ir kas už tai bus atsakingas?

Visa informacija bus užrašoma specialiai klinikiniam tyrimui sudaromuose elektroniniuose ir popieriniuose dokumentuose ir tyrimo centre saugoma iki tol, kol Jūsų vaikui sueis 18 metų. Taip yra dėl to, jog po šio tyrimo, nuasmeninti duomenys gali būti naudojami kitų tyrimų atlikimui. Vėliau Jūsų asmens duomenys bus sunaikinti tyrimo centro nustatyta tvarka. Už dokumentų saugojimą tyrimo centre bus atsakingas pagrindinis tyrėjas.

21. Kas įvertino šį biomedicininį tyrimą? / Į ką kreiptis, jeigu iškiltų klausimų?

Dėl savo kaip tyrimo dalyvio teisių galite kreiptis į leidimą atlikti šį biomedicininį tyrimą išdavusį Vilniaus regioninį biomedicininių tyrimų etikos komitetą, M.K. Čiurlionio 21, Vilnius, LT-03101 (2 a., 228 kabinetas), (8 5) 268 6998, el. paštas: rbtek@mf.vu.lt.

SUTIKIMAS DALYVAUTI BIOMEDICININIAME TYRIME

Aš perskaičiau šią Informuoto asmens sutikimo formą ir supratau man pateiktą informaciją.

Man buvo suteikta galimybė užduoti klausimus ir gavau mane tenkinančius atsakymus.

Supratau, kad galiu bet kada pasitraukti iš tyrimo, nenurodydama(s) priežasčių¹.

Supratau, kad asmuo, dėl kurio dalyvavimo biomediciniame tyrime aš duodu sutikimą, gali bet kada pasitraukti iš tyrimo, nenurodydamas priežasčių.²

Supratau, kad norėdama(s) atšaukti sutikimą dalyvauti biomediciniame tyrime, raštu turiu apie tai informuoti tyrėją.

Patvirtinu, kad turėjau užtektinai laiko apsvarstyti man suteiktą informaciją apie biomedicininį tyrimą.

Supratau, kad dalyvavimas šiame tyrime yra savanoriškas.

Patvirtinu, kad sutikimą dalyvauti šiame biomediciniame tyrime duodu laisva valia.

Leidžiu naudoti asmens duomenis ta apimtimi ir būdu, kaip nurodyta Informuoto asmens sutikimo formoje.

Patvirtinu, kad gavau Informuoto asmens sutikimo formos egzempliorių, pasirašytą tyrėjo.

Asmuo (ar kitas sutikimą turintis teisę duoti asmuo)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
vardas	pavardė	atstovavimo pagrindas	parašas	pasirašymo data	pasirašym o laikas

Asmuo (ar kitas sutikimą turintis teisę duoti asmuo)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
vardas	pavardė	atstovavimo pagrindas	parašas	pasirašymo data	pasirašym o laikas

Patvirtinu, kad suteikiau informaciją apie biomedicininį tyrimą aukščiau nurodytam asmeniui.

Patvirtinu, kad asmeniui (ar kitam sutikimą duoti turinčiam teisę asmeniui) buvo skirta pakankamai laiko apsispręsti dalyvauti biomediciniame tyrime, atsižvelgiant į biomedicininio tyrimo pobūdį, taip pat įvertinus kitas aplinkybes, galinčias daryti įtaką priimamam sprendimui.

¹ Jei sutikimą dalyvauti tyrime duoda pats asmuo

² Jei sutikimą dalyvauti tyrime duoda kitas asmuo

Aš skatinau asmenį (ar kitą sutikimą turintį teisę duoti asmenį) užduoti klausimus ir į juos atsakiau.

Tyrėjas

_____	_____	_____	_____	_____	____
vardas	pavardė	pareigos tyrime	parašas	pasirašymo data	pasirašym o laikas

VAIKO SUTIKIMO FORMA

Aš, Monika Misevičė, Vilniaus Universiteto, Medicinos fakulteto doktorantė, atlieku tyrimą, kuris vadinasi taip: Prieraišumo sąsajos su 8-11m. vaikų elgesio ir emocijų sutrikimais ir ilgalaikių terapinių intervencijų poveikio tyrimas.

Tai reiškia, jog man yra įdomu sužinoti apie Tave, Tau svarbius žmones, tai, kaip Tu galvoji, apie ką svajoji, dėl ko nerimauji, apie tavo jausmus, tai kas Tau rūpi.

Tavo pasidalinimai interviu metu bus naudingi kitiems Lietuvos vaikams, kurie gali būti į Tave kuo nors panašūs.

Aš labai vertinu, jog Tu sutinki pasikalbėti su manimi ir kitais tyrėjais ir Tau sakau: AČIŪ!

Tai, ką Tu man ar kitam tyrėjui papasakosi liks tarp mūsų, tai yra niekam kitam aš apie tai nepasakosiu.

Tu galėsi bet kada nutraukti tyrimą, bet pirmiau mums reikės apie tai pasikalbėti.

Aš perskaičiau šią sutikimo formą ir supratau tai, kas čia buvo parašyta. Man leido užduoti klausimus apie tyrimą ir gavau atsakymus į juos.

Aš, _____ sutinku dalyvauti šiame tyrime.

Patvirtinu, kad paaiškinau apie tyrimą šiam vaikui.

Tyrėja: _____

Data _____

4 priedas. TBRI metodo naudojimo klausimynas darbuotojams.

Biografiniai duomenys:

Lytis:

Mot.

Vyr

Išsilavinimas

.....

Specialybė

.....

Bendras darbo stažas

.....

Darbo stažas su vaikais

.....

Pareigos dienos centre

.....

TBRI metodo naudojimo klausimynas

Ties apačioje pateiktais teiginiais apibraukite skaičių, kuris jūsų manymu jums labiausiai tinka.

1=Netiesa, 2-Kartais tiesa, 3=Dažnai tiesa, 4=Tiesa

I. RYŠIO UŽMEZGIMO PRINCIPAI.

1. Aš kuriu ryšį su vaiku žaismingu būdu	1 2 3 4
2. Aš užmezgu šiltą akių kontaktą ir palaikau tokį akių kontaktą su vaiku, kuris yra jam priimtinas	1 2 3 4
3. Aš naudoju saugius prisilietimus bendraudama su vaiku	1 2 3 4
4. Aš pritaikau balso toną, kalbėdama/s su vaiku	1 2 3 4
5. Aš stengiuosi kuo dažniau vaikui sakyti „taip“	1 2 3 4
6. Aš bendraudama/s su vaiku nusileidžiu iki jo lygio (atsitūpiu, atsisėdu ir pan).	1 2 3 4
7. Aš imituoju vaiko elgesį, siekdama/s užmegzti su juo ryšį	1 2 3 4
8. Aš suteikiu vaikui balsą, suteikdama/s jam galimybę išreikšti savo jausmus ir poreikius	1 2 3 4
9. Aš giriu vaiką už tai, kas jis yra ir ką jis daro	1 2 3 4
10. Aš pasakau ir parodau vaikui, kad jis yra vertinamas	1 2 3 4
11. Aš skiriu vaikui individualaus dėmesio	1 2 3 4
12. Aš stengiuosi būti „čia ir dabar“ su vaiku; įsisažmoninu savo emocijas, kurios kyla bendraujant su vaiku	1 2 3 4

II. ĮGALINIMO PRINCIPAI

1. Aš stebiu, ar vaikas yra ištroškęs ir pasiūlau atsigerti	1 2 3 4
2. Aš pasirūpinu, kad vaikas būtų pavalgęs, gautų sveikų užkandžių kas ~2val.	1 2 3 4

3. Aš pasirinku, kad vaikas turėtų fizinės veiklos ir sensorinės stimuliacijos kas ~ 2 val.	1 2 3 4
4. Aš atkreipiu dėmesį į vaiko sensorinius poreikius ir stengiuosi juos atliepti	1 2 3 4
5. Aš perspėju vaiką apie „perėjimo“ momentus kasdienybėje	1 2 3 4
6. Aš perspėju vaiką apie jo gyvenimo pokyčius	1 2 3 4
7. Aš proaktyviai mokau vaiką nusiramino strategijų	1 2 3 4

III. ELGESIO KOREGAVIMO PRINCIPAI.

1. Kai tenka koreguoti vaiko elgesį, aš stengiuosi tuo pačiu išlaikyti su juo ryšį	1 2 3 4
2. Aš naudoju žaismingą atsaką į vaiko netinkamą elgesį	1 2 3 4
3. Aš greitai (per ~ 3 sekundes) sureaguojau į vaiko netinkamą elgesį	1 2 3 4
4. Aš naudoju struktūruotą atsaką į vaiko elgesį, duodama/s vaikui pasirinkimus	1 2 3 4
5. Aš naudoju struktūruotą atsaką į vaiko elgesį, siūlydama/s vaikui kompromisą	1 2 3 4
6. Aš vaiko prašau padaryti tinkamai dar kartą – naudoju „padaryk iš naujo“	1 2 3 4
7. Aš naudoju raminantį atsaką į vaiko elgesį, pasiūlydama jam nusiramino būdus	1 2 3 4
8. Aš proaktyviai mokau vaiką gyvenimo vertybių/taisyklių	1 2 3 4
9. Aš nenaudoju vaiko atskyrimo elgesiui koreguoti (pvz.: išsiunčiu į kitą kambarį)	1 2 3 4
10. Aš siunčiu vaikui patvirtinimo/pripažinimo žinutes, net ir tada kai tenka koreguoti jo netinkamą elgesį	1 2 3 4
11. Aš atkuriu ryšį ir atstatau santykio pažeidimus (pvz.: kai prarandu savitvardą)	1 2 3 4
12. Aš vedu puoselėjimo grupelę su vaikais	1 2 3 4
13. Aš naudoju puoselėjimo grupelės elementus, bendraudama/s su vaiku	1 2 3 4

Atviri klausimai

1. Koks yra Jūsų bendras įspūdis apie tai, kaip sekasi taikyti TBRI?

2. Jei kažkurio elemento netaikote, tai kodėl? Žemiau pateikiami gali atsakymo variantai, jei asmuo neatsako į atvirai užduotą klausimą.

- a) Trūksta laiko
- b) Trūksta įgūdžių
- c) Trūksta žinių
- d) Nėra tam tinkamų sąlygų
- e) Pameršau, kad yra toks elementas
- f) Taiko kiti komandos nariai
- g) Jaučiu, kad tai „ne mano“, neatitinka mano asmeninių savybių; yra nepriimtina

3. Kaip manote, ko reikėtų, kad taikytumėt tai, ko netaikote?

PUBLIKACIJŲ IR DISERTACIJOS TEMA SKAITYTŲ PRANEŠIMŲ SĄRAŠAS

1. Monika Misevičė; Lina Gervinskaitė-Paulaitienė; Sigita Lesinskiėnė; Izabelė Grauslienė. Trust-Based Relational Intervention® (TBRI®) Impact for Traumatized Children – Meaningful Change on Attachment Security and Mental Health after One Year. *Children* 2024, 11, 411. <https://doi.org/10.3390/children11040411>
2. Misevičė M., Gervinskaitė-Paulaitienė, L., & Lesinskiėnė, S. (2024). Helping Institutionalised Children through a Trusting Relationship— Findings from a One-Year Psychosocial Intervention Programme. *Behavioral Sciences*, 2024, 14(7), 595. <https://doi.org/10.3390/bs14070595>
3. Knygos K. B. Purvis, D. Cross, W. L. Sunshine „Ryšys su vaiku. Kaip kurti pasitikėjimu grįstus santykius“, 2019, Vilnius, mokslinė redaktorė.
4. 2020 11 07 Psichosocialinės reabilitacijos centro organizuotoje konferencijoje „Pasaulis vaiko akimis“ skaitytas žodinis pranešimas: „Gydanti ryšio galia: TBRI intervencijos pristatymas“.
5. 2021 12 11 metinėje globėjų konferencijoje skaitytas pranešimas : „TBRI – pasitikėjimu grįstų santykių intervencija“.
6. 2022 05 dalyvauta Atvirų pamokų cikle (organizatoriai Lietuvos nacionalinė UNESCO komisija, Lietuvos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos nacionalinė Martyno Mažvydo biblioteka), skaityta paskaita: „Kaip bendrauti su traumą patyrusiu vaiku ir padėti jam geriau jaustis“. Paskaita viešai prieinama internete: <https://www.youtube.com/watch?v=AvLvIVRXzIs>
7. 2022 06 19–21 Europos vaikų ir paauglių psichiatrų kongrese Olandijoje pristatytas standinis pranešimas (Monika Misevičė ir Lina Gervinskaitė-Paulaitienė) pavadinimu „*The relationship is at the core of the healing process – long term (1 year) psychosocial intervention impact for children (8-11) with attachment problems – results from a case-series study*“.
8. 2022 08 24–27 jungtinėje EAA, ISGA evoliucinės medicinos konferencijoje Vilniuje pristatytas žodinis pranešimas: „Important change in children’s (8-11 yr) mental health over 1 year – results from a case-series study of psychosocial intervention impact in a social daycare center“.

- emocijų sutrikimų turintiems vaikams ir paaugliams“ pristatytas žodinis pranešimas: „Keičianti santykio galia – ilgalaikių terapinių intervencijų poveikio tyrimo rezultatų pristatymas“.
10. 2022 12 01–02 vykusioje kasmetinėje globos centrų konferencijoje „Sėkmingos globos link“ pristatytas žodinis pranešimas: „Perkeičianti santykio galia: ilgalaikių terapinių intervencijų poveikio tyrimo rezultatų pristatymas“.
 11. 2023 04 26 jungtinėje LVPPD, VU MF KMI ir LSMU MA MF nuotolinėje mokslinėje-praktinėje konferencijoje „Darbo ypatumai su psichologines traumas patyrusiais vaikais“ pristatytas žodinis pranešimas: „Keičianti santykio galia – ilgalaikių terapinių intervencijų poveikio tyrimo rezultatų pristatymas“.
 12. 2023 12 01 VšĮ „Aplink“ organizuotoje konferencijoje „Aš tave matau, girdžiu, priimu“ skaitytas pranešimas (Aurelija Dapšė ir Monika Misevičė): „Pasitikėjimu grįsta santykių intervencija (TBRI). Metodo praktinis taikymas terapinio ugdymo centre“.
 13. 2024 06 18-21 6-oje, tarptautinėje konferencijoje “Evolutionary Medicine: How Evolutionary Thinking Can Contribute To The Medical and Health Sciences” pristatytas pranešimas (Monika Misevičė ir Sigita Lesinskienė): “Helping traumatized children through a Trusting relationship”.

Trumpos žinios apie disertantę

Monika Misevičė yra baigusi Jėzuitų gimnaziją Kaune (1998 m.), paskui studijavo mediciną Vilniaus universitete (1998 – 2004 m.), jame taip pat baigė vaikų ir paauglių psichiatrijos rezidentūros studijas. Gydytoja vaikų ir paauglių psichiatre yra dirbusi dienos stacionare, vaikų psichiatrijos ligoninėje, o pastaruoju metu dirba ambulatoriniame sektoriuje. Stažavosi Belgijoje, Prancūzijoje. 2018 m. JAV įgijo TBRI® – Pasitikėjimu grįstų santykių intervencijos praktikės kvalifikaciją. Nuo to laiko TBRI® metodą sėkmingai įdiegė keliose vietose: Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre (dabar –Terapinio ugdymo centras „Aplink“), VA Carito vaikų ir paauglių dienos centre „Vilties angelas“ ir Vilniaus kompleksinių paslaugų centre „Šeimos slėnis“.

Nuo vaikų psichiatrijos rezidentūros pradžios disertantė ypač domisi prieraišumo įtaka vaiko ir suaugusio asmens raidai. Tad ir doktorantūros metu tyrė ilgalaikių terapinių intervencijų (taip pat ir TBRI® metodo) poveikį vaikų psichikos būsenai ir prieraišumui. Disertantė taip pat veda TBRI mokymus bei skaito paskaitas ir pranešimus įvairioms visuomenės grupėms prieraišumo, traumų psichologijos, vaikų ir paauglių psichiatrijos bei vaiko ir suaugusio asmens santykių temomis.

Vilniaus universiteto leidykla
Saulėtekio al. 9, III rūmai, LT-10222 Vilnius
El. p. info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
bookshop.vu.lt, journals.vu.lt
Tiražas 25 egz.